

平成 30 年度
在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業
報告書

2019 年 3 月



株式会社 日本能率協会総合研究所

目次

I. 実施概要	1
1. 事業の背景・目的	3
2. 事業の実施概要	3
(1)昨年度セミナー参加地域への調査	3
(2)先存取組地域への事例収集	4
(3)セミナーの実施	4
(4)フォローアップ調査の実施	9
(5)急病を中心とする救急搬送に関するアンケート調査の実施	9
II. 昨年度セミナー参加地域への調査結果	11
<調査結果>	13
(1)前年度の工程表からの変更点について	13
(2)今年度の取組について	14
III. 在宅医療・救急医療連携の先進事例	21
1. 東京都 八王子市(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(八高連))	22
2. 神奈川県 横須賀市(一般社団法人 横須賀市医師会、横須賀市役所)	41
3. 千葉県 柏市(柏市役所)	53
4. 新潟県 長岡市(一般社団法人 長岡市医師会)	65
5. 新潟県 佐渡市(JA 新潟県厚生連 佐渡総合病院)	82
6. 愛知県 一宮市(一般社団法人 一宮市医師会)	105
7. 岡山県 高梁市(高梁市役所)	133
8. 鳥取県 日野郡 日野町(日野町役場)	156
9. 大分県 臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	171
10. 長崎県 長崎市(特定非営利活動法人 長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会 (あじさいネット))	189
IV. 在宅医療・救急医療連携セミナーの実施	209
1. セミナーの参加者について	210
(1)セミナーの参加者数・参加者属性	210
(2)アンケート回答者の属性	210
2. セミナーアンケート結果について	211
(1)第1部セミナー アンケート結果	211
(2)第2部セミナー アンケート結果	215
3. セミナーグループワークにおいて抽出された課題とその対応策	217

V. フォローアップ調査結果.....	221
<アンケート調査結果>	222
(1)セミナーでの取組を含む、今年度の取組について	222
(2)これから在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の方向性	225
(3)国への要望について	226
VI. 急病を中心とする救急搬送に関するアンケート 調査結果.....	227
1. アンケート調査結果 まとめ	228
(1)アンケート結果のまとめ	228
(2) アンケート結果から読み取れる事柄	231
2. アンケート調査結果.....	232
(1)回答者属性について	232
(2)各消防本部の置かれている状況について	234
(3)在宅医療・救急医療連携についての協議の場(検討会等)について	246
(4)患者の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組に関する協議の場(検討会等)について	250
(5)救急搬送時の患者情報連携について	255
VII. 附属資料.....	261
1. 在宅医療・救急医療連携セミナー(第1部)資料.....	263
2. 在宅医療・救急医療連携セミナー(第2部)資料.....	292
3. 急病を中心とする救急搬送に関するアンケート調査 調査票	297

I. 実施概要

1. 事業の背景・目的

医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められている。

高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送は増加の一途を辿っている中で、在宅で最期まで療養することを希望する患者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されており、地域において、患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する希望等、患者の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が喫緊の課題となっている。

そのため、本事業により、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援し、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備することを目的とする。

2. 事業の実施概要

(1) 昨年度セミナー参加地域への調査

① 調査の背景・目的

昨年度の「平成 29 年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」の参加地域に対し、今年度セミナー等の運用を検討するため、事前情報として、セミナー参加後の状況等の調査を行った。

② 調査対象

以下全 16 地域

平成 29 年度 在宅医療・救急医療連携セミナー参加地域

No	都道府県	市町村(保健所)名
1	宮城県	大崎市
2	千葉県	柏市
3	千葉県	市川市
4	千葉県	白井市
5	神奈川県	横浜市
6	横須賀市	横須賀市
7	東京都	小金井市
8	富山県	富山市
9	長野県	松本市
10	愛知県	豊田市
11	愛知県	豊明市
12	和歌山県	田辺保健所
13	和歌山県	御坊保健所
14	鳥取県	日野郡日野町
15	山口県	下関市
16	福岡県	古賀市

③ 調査方法

メール送付、メール回答

④ 調査期間

平成 31 年 10 月 1 日～平成 31 年 10 月 10 日

⑤ 回収状況

16 地域中、15 地域が回答。

(2)先進取組地域への事例収集

(1)の昨年度セミナー参加地域への調査、インターネット等の文献調査、電話ヒアリング、以下「VI. 急病を中心とする救急搬送に関するアンケート 調査結果」等から、在宅医療・救急医療の連携が進んでいる先進地域を 10 件選出し、事例収集を行った。先進取り組み地域と取組中心団体については以下の通り。

先進取り組み地域

No	都道府県	市町村名	取組中心団体
1	東京都	八王子市	八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会 (八高連)
2	神奈川県	横須賀市	一般社団法人 横須賀市医師会 横須賀市役所
3	千葉県	柏市	柏市役所
4	新潟県	長岡市	一般社団法人 長岡市医師会
5	新潟県	佐渡市	JA 新潟県厚生連 佐渡総合病院
6	愛知県	一宮市	一般社団法人 一宮市医師会
7	岡山県	高梁市	高梁市役所
8	鳥取県	日野郡日野町	日野町役場
9	大分県	臼杵市	臼杵市医師会立 コスモス病院
10	長崎県	長崎市	特定非営利活動法人 長崎地域医療連携 ネットワークシステム協議会(あじさいネット)

(3)セミナーの実施

① セミナーの企画・準備

A. ファシリテーターの選定

上記(2)に記載した先進地域より、ファシリテーターを 6 名選出した。ファシリテーターには、セミナーにて自地域の取組事例を紹介いただくとともに、在宅医療・救急医療連携について専門的見地から指導・支援をいただいた。

ファシリテーター名簿(敬称略)

No	地域	ご所属	役職	姓名
1	東京都 八王子市	八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 (八高連)	会長	田中 裕之 (医師)
		医療法人 永寿会 陵北病院	院長	
2	千葉県 柏市	柏市 保健福祉部 地域医療推進課	専門官	浅野 美穂子 (保健師)
3	新潟県 長岡市	一般社団法人 長岡市医師会	会長	長尾 政之助 (医師)
4	鳥取県 日野町	日野町 地域包括支援センター	所長	生田 直子 (保健師)
5	大分県 臼杵市	臼杵市医師会立 コスモス病院	副院長	舩友 一洋 (医師)
6	長崎県 長崎市	長崎地域医療連携ネットワークシステム 協議会(あじさいネット)	理事	松本 武浩 (医師)
		長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 先進予防医学講座 医療情報学	准教授	

B. セミナー参加自治体の条件の検討について

セミナー開催にあたり、1部・2部とも参加する等の参加条件を設置した。平成30年度セミナーでは、在宅医療・救急医療連携について取り組む自治体を増やすことを目標に、取組を遂行する意思があるかについて主に自治体募集の際に確認した。

【セミナー参加条件】

<取組意向>

- 現在、在宅医療と救急医療の連携について課題認識を持っており、連携ルール構築に向けて推進意向がある。
- 本年度中に連携ルールについて検討に着手する意向を持ち、継続して在宅医療・救急医療連携に取り組む意向がある
【優先】市町村や関係機関において事業化されている、または検討組織(協議体等)が設置されている(設置予定である)。

<参加者数>

- 2018年12月09日(日)に行われる予定のセミナー(第1部)、2019年02月03日(日)に行われる予定のセミナー(第2部)に、市町村の担当者および在宅医療関係者・救急医療関係者の3名で参加できる。
 - ※ 業務等の都合上3名での参加が難しい場合、自治体の担当者及び在宅医療または救急医療関係者の2名でも可能とする。
ただし、その場合であっても、第1部か第2部のいずれかには、必ず3名で参加すること。
 - ※ 在宅医療関係者の選定にあたっては、郡市区医師会と相談することが望ましい。
 - ※ 救急医療関係者はメディカルコントロール協議会等の委員で地域の救急医療体制の構築に関わりのある医師等であることが望ましい。

<その他>

- 各市町村の現状の課題等を事前に検討する「事前課題」を提出いただく。
- セミナー(第2部)開催までに、「目標(案)」を検討し、「工程表(案)」を策定いただく。

上記の参加条件を記載のうえ、弊社ホームページ等で参加を募集した。あわせて、セミナー開催案内については厚生労働省が通知を発出した。その結果、以下の地域が参加者となった。

セミナー参加地域(第1回セミナーと第2回セミナーで同一の地域が参加)

No	都道府県	市町村(保健所)名
1	岩手県	久慈市
2	茨城県	つくば市
3	群馬県	前橋市
4	埼玉県	本庄市
5	東京都	豊島区
6	神奈川県	相模原市
7	新潟県	新潟市
8	長野県	駒ヶ根市
9	岐阜県	美濃加茂市
10	静岡県	磐田市
11	愛知県	岡崎市
12	大阪府	堺市
13	和歌山県	湯浅保健所
14	福岡県	久留米市
15	熊本県	荒尾市

② セミナーの実施概要

A. 第1部セミナー

平成30年12月9日(日)に、AP東京八重洲通り(東京都千代田区)において開催した。

セミナー前半は、厚生労働省から最近の動向についての発表、講師からACPについての講義、先進取組地域からの事例発表として、ファシリテーター4名に事例発表をいただいた。

また、参加者については、セミナーの事前課題として在宅医療・救急医療における自地域の現状及び課題について、ワークシートを使い整理を行っていただいた。このため、セミナーの後半では、グループワークにて事前課題の自地域における課題について、各グループ内で発表を行い共有化を図るとともに、工程表(テンプレート)に沿って連携ルールを作成する場合に、自地域で想定される課題について検討を行い、解決するための進め方について討議を行った。

第1部セミナー プログラム (12月9日(日))												
開始	終了	時間	プログラム	趣旨・構成内容								
10:30	11:00	30	開 場									
11:00	11:05	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課								
セッションⅠ												
11:05	11:25	15	行政説明	「在宅医療・救急医療連携の現状と課題」(厚生労働省 医政局 地域医療計画課)								
11:25	11:45	20	講義	講義題名:「Advance Care Planningに関する国内外の知見 および 松戸市ふくろうプロジェクトの進捗」 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>山岸 暁美様</td> <td>・慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師 ・あおぞら診療所 在宅看護専門看護師(保健福祉博士)</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	山岸 暁美様	・慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師 ・あおぞら診療所 在宅看護専門看護師(保健福祉博士)				
発表者	ご所属・役職											
山岸 暁美様	・慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師 ・あおぞら診療所 在宅看護専門看護師(保健福祉博士)											
11:45	12:25	40	事例発表 (2事例)	「先進事例に学ぶ在宅医療・救急医療連携の取組みと成果」 先進的に取り組んでいる2事例から取組成果を学ぶ 事例① 発表題名:「ICTを活用した地域医療の価値 長崎県_あじさいネットの取り組み」 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>松本 武浩様</td> <td>・長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会(あじさいネット) 理事 ・長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 先進予防医学講座 医療情報学 准教授</td> </tr> </tbody> </table> 事例② 発表題名:「長岡フェニックスネットで支える高齢者の安心な暮らし」 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>長尾 政之助様</td> <td>・長岡市医師会(新潟県) 医師会長</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	松本 武浩様	・長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会(あじさいネット) 理事 ・長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 先進予防医学講座 医療情報学 准教授	発表者	ご所属・役職	長尾 政之助様	・長岡市医師会(新潟県) 医師会長
発表者	ご所属・役職											
松本 武浩様	・長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会(あじさいネット) 理事 ・長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 先進予防医学講座 医療情報学 准教授											
発表者	ご所属・役職											
長尾 政之助様	・長岡市医師会(新潟県) 医師会長											
12:25	13:25	60		昼 食								
13:25	13:55	30	事例発表 (2事例)	「平成29年度本セミナー参加地域から学ぶ現状の取組状況とこれからの課題」 取組を行う中での課題の抽出方法や施策の進め方、生まれてくる課題について学ぶ 事例③ 発表題名:「柏市における在宅医療・救急医療連携の取組み ～地域包括ケアシステムの構築をめざして～」 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>浅野 美穂子様</td> <td>・柏市 保健福祉部 地域医療推進課 専門監(保健師)</td> </tr> </tbody> </table> 事例④ 発表題名:「鳥取県日野町における在宅医療・救急医療連携」 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>生田 直子様</td> <td>・日野町(鳥取県) 地域包括支援センター 所長(保健師)</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	浅野 美穂子様	・柏市 保健福祉部 地域医療推進課 専門監(保健師)	発表者	ご所属・役職	生田 直子様	・日野町(鳥取県) 地域包括支援センター 所長(保健師)
発表者	ご所属・役職											
浅野 美穂子様	・柏市 保健福祉部 地域医療推進課 専門監(保健師)											
発表者	ご所属・役職											
生田 直子様	・日野町(鳥取県) 地域包括支援センター 所長(保健師)											
13:55	14:10	15	質疑応答	セッションⅠに対する質疑応答								
セッションⅡ												
14:10	14:15	5	グループワークの進め方	セッションⅡにおけるグループワークの進め方についての説明								
14:15	14:35	20	アイズブレイク	医師、その他医療職、自治体等の職制に分けたグループで、各地域の情報を共有する								
14:35	15:10	35	グループワーク①	事前課題から、自地域の在宅医療・救急医療における課題についてグループ内で発表し、各地域の課題を共有する								
15:10	15:20	10		休 憩								
15:20	16:00	40	グループワーク②	グループにおける在宅医療・救急医療の課題を整理し、課題解決(連携推進)をするためにやるべきことを整理する								
16:00	16:35	35	発表・討議	各グループで検討した結果を発表し、在宅医療・救急医療の課題解決のためにやるべきことについて総括する								
16:35	16:40	5	事務局説明	セミナーⅡ部に向けた、地域での取り組みの進め方について解説								
16:40	16:50	10		事務連絡・アンケート記入・解散								

B. 第2部セミナー

平成31年2月3日(日)に、ビジョンセンター浜松町(東京都港区)において開催した。

セミナー前半は、先進取組地域からの事例発表として、ファシリテーター2名に事例発表をいただいた。

また、参加者については、セミナーの事前課題として第1部セミナーで検討した工程表について、地域の関係者で改めて検討を行い、在宅医療・救急医療連携のための工程表を作成いただいていた。このため、セミナー後半のグループワークでは、工程表の進捗状況について発表を行い、共有化を図った上で、連携ルール策定のための組織化と協議の内容及び連携ルール策定における課題を発表し、それぞれの課題に対し、解決方法の検討を行った。

第2部セミナー プログラム (2月3日(日))												
開始	終了	時間	プログラム	趣旨・構成内容								
10:30	11:00	30	開 場									
11:00	11:05	5	開催挨拶	厚生労働省 医政局 地域医療計画課								
セッション I												
11:05	11:55	50	事例発表 (2事例)	<p>【先進事例に学ぶ在宅医療・救急医療連携の取組みと成果】 先進的に取り組んでいる2事例から取組成果を学ぶ</p> <p>事例① 発表題名：「ネットワークを活用した救急連携」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>舩友 一洋様</td> <td>・白桦市医師会立コスモス病院 副院長</td> </tr> </tbody> </table> <p>事例② 発表題名：「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連：はちこうれん）について」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>発表者</th> <th>ご所属・役職</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>田中 裕之様</td> <td>・八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 会長 ・医療法人 永寿会 陵北病院 院長</td> </tr> </tbody> </table>	発表者	ご所属・役職	舩友 一洋様	・白桦市医師会立コスモス病院 副院長	発表者	ご所属・役職	田中 裕之様	・八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 会長 ・医療法人 永寿会 陵北病院 院長
発表者	ご所属・役職											
舩友 一洋様	・白桦市医師会立コスモス病院 副院長											
発表者	ご所属・役職											
田中 裕之様	・八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 会長 ・医療法人 永寿会 陵北病院 院長											
11:55	12:10	15		質疑応答								
12:10	13:10	60		昼 食								
セッション II												
13:10	13:20	10	グループワークの進め方	セッション II におけるグループワークの進め方についての説明								
13:20	13:40	20	課題共有	事前課題から、自地域における在宅医療・救急医療連携における課題を共有する								
13:40	13:45	5		席移動								
13:45	14:20	35	職制ごとの情報共有	病院医、在宅医、自治体等の職制に分けたグループで、現在までの取り組みについて自らの職制で担ってきた役割について各職制で共有する								
14:20	14:25	5		席移動								
14:25	14:50	25	グループワーク①	課題についてKJ法で整理を行い、最重要課題を抽出する								
14:50	15:00	10		休 憩								
15:00	15:25	25	グループワーク②	最重要課題についての取りうるべき対応策をKJ法で整理する								
15:25	16:05	40	グループワーク③	それぞれの取りうるべき対応策について、職制ごとの役割を検討し、整理する								
16:05	16:35	30	発表・討議	各グループで検討した結果を発表し、在宅医療・救急医療の課題解決のためにやるべきことについて総括する								
16:35	16:40	5	事務局説明	フォローアップ調査について連絡								
16:40	16:50	10		事務連絡・アンケート記入・解散								

(4)フォローアップ調査の実施

セミナーに参加した地域に対し、セミナーの事前課題で行った工程表の作成、連携に向けた取組、今後の取組等について、特に自治体からの参加者がどのように考えているかを把握するため、第2回セミナー終了から1ヵ月後の平成31年3月に、アンケート調査を実施した。

フォローアップ調査概要

実施時期	平成31年3月
調査対象	平成30年度在宅医療・救急医療連携セミナーに参加した15地域
調査回答対象	参加者のうち自治体に所属する参加者が提出
回収数	参加者全地域から回収
質問内容	工程表の作成、連携に向けた取組、今後の取組等について

(5)急病を中心とする救急搬送に関するアンケート調査の実施

① 調査の背景・目的

医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められている。

高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送は増加の一途を辿っている中で、在宅で最期まで療養することを希望する患者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されており、地域において、患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する希望等、患者の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が喫緊の課題となっている。

そのため、急病の患者を搬送し、在宅医療と救急医療に関わりのある消防署を管轄する消防本部において、各地域における搬送における課題にどのようなものがあるかを抽出することを目的として、本調査を実施した。

② 調査対象

全国の消防本部

③ 調査方法

WEB調査

④ 調査期間

平成31年1月29日～平成31年2月6日

⑤ 回収状況

全国728消防本部中、632消防本部(有効回答数)から回答。回収率86.8%。

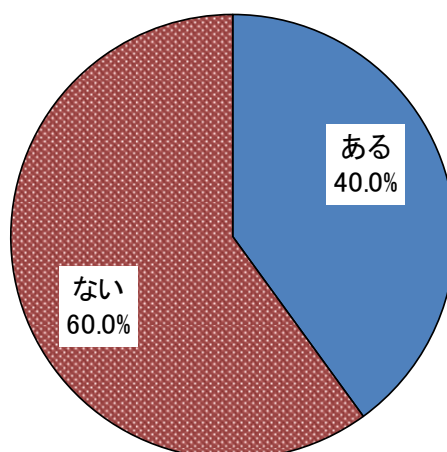
II. 昨年度セミナー参加地域への調査結果

<調査結果>

(1)前年度の工程表からの変更点について

平成 29 年度セミナーで作成した工程表の内容を、平成 30 年度に変更した、もしくは追加した事柄があるかについては、「ある」(40.0%)、「ない」(60.0%)となった。変更・追加した内容については、関係者の調整に手間取り取組スケジュールを変更したとの意見や、協議体のたてつけを変更した、等の回答があった。

図表 昨年度(H29)年度セミナーで作成した工程表と比べ、
取組の方向性や内容を追加・変更した事柄はあるか (n=15)



<変更・追加した項目とその理由>

変更・追加した項目	左記の理由
取組スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> ・ ルールの策定について、関係者間の意見がまとまらず、次年度持越しとなった ・ 携わる職種が多岐に渡ることで、調整に時間を要している ・ 医師会長など協議会委員の協力が得られず、会議開催が延期となった
協議会のたてつけ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規にワーキングを立ち上げる予定であったが、既存の協議体で行うこととした ・ 情報共有システム開発の工程の目途が立ったため、ワーキングを新たに開催立ち上げて検討することになった
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題認識のためのアンケートについて、調査可能なところから順次実施することとしたため、工程表に記載した対象職種すべてにはアンケート調査ができなくなった

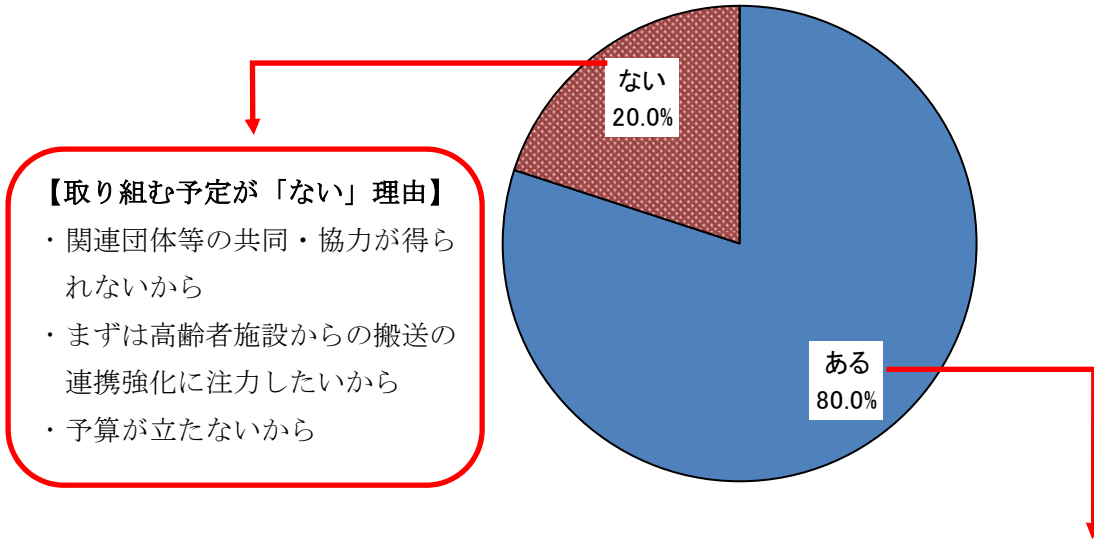
(2)今年度の取組について

① 在宅からの搬送の連携強化について

在宅からの搬送の連携の強化については、平成 30 年度で取り組む意向が「ある」(80.0%)、「ない」(20.0%)となった。

A. 平成 30 年度の取組意向

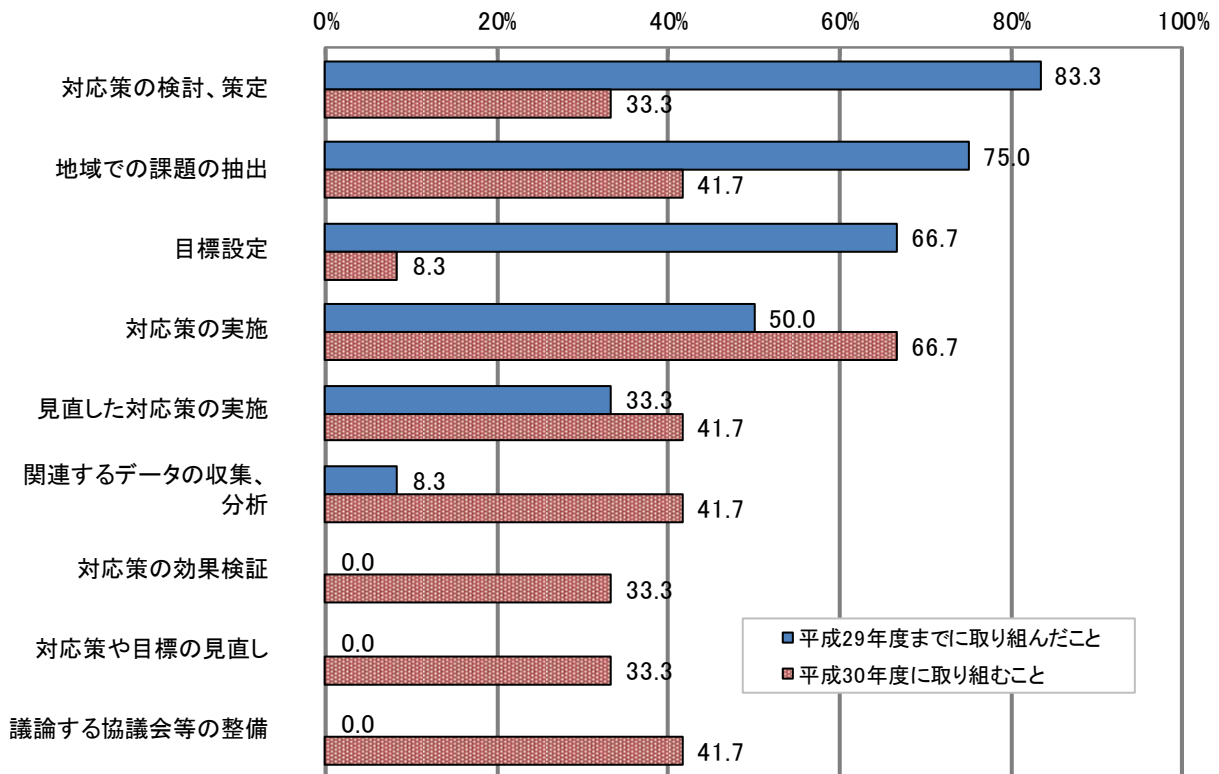
図表 今年度、「在宅からの搬送の連携強化」に関して取り組む予定があるか(n=15)



【回答対象:在宅からの搬送の連携強化について平成 30 年度取り組む意向が「ある」と回答した地域】

B. 平成 29 年度までの取組内容と平成 30 年度以降の取組み意向

図表 「在宅からの搬送の連携強化」について、平成 29 年度までに取り組んだことと、平成 30 年度以降取り組むこと (n=12)



C. 在宅からの搬送の連携強化の取組についての課題

<課題点>

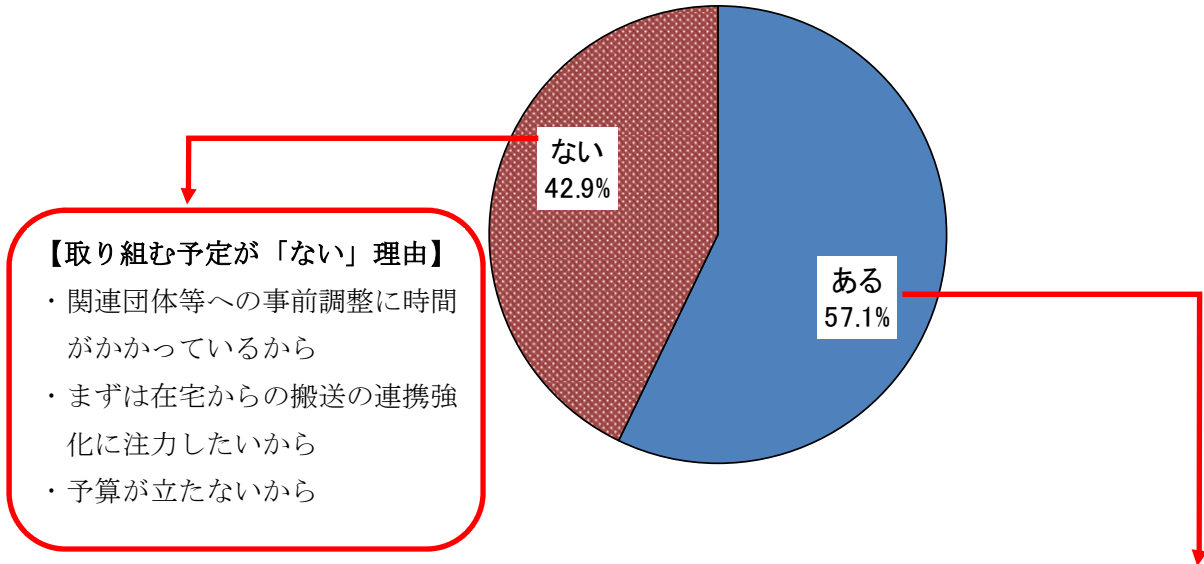
課題点項目	左記の理由
在宅医療の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者から救急要請後、救急隊や病院の医師からかかりつけの在宅医へ連絡がつかない場合がある ・ 不搬送時、救急隊から引き継ぎをする相手は医師が原則だが、かかりつけの在宅医がすぐに駆けつけられない場合がある ・ 在宅医の中でも温度差がある ・ 救急搬送の際に、人員が少ないにもかかわらず介護関係者が救急車への同乗を求められる
救急医療の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急の立場では救命が第一であるために、救急車を要請されているにも拘わらず、蘇生をしないで搬送することは難しい ・ 救急搬送を行う場合の判断基準が職種により異なるため、不要な救急要請や搬送が行われている
在宅医療と救急医療の連携に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅患者本人が希望している看取り場所や、かかりつけの在宅医が看取り対応をしているかどうか、救急隊や病院の医師では分からない ・ 患者情報の共有や急変時の対応について職種間の意識の違いや齟齬があり、連携がうまく取れていない ・ 救急(消防)と在宅関係者(ケマネジャー等)との連携がほとんどない ・ 特に独居老人の場合、救急搬送時に在宅医療の情報を病院が入手することが困難 ・ 医師会や消防が複数存在するため、共通ツールを作成しづらい
普及啓発に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民に在宅医療が浸透しておらず、病院を頼りたがる ・ 住民が記載する患者情報シートの周知が十分でない ・ 情報共有シート活用に向けた関係者間の考え方の共有及び活用において、個人情報共有が共有されることから市民に向けた必要性の啓発が必要
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 警察への連絡や死体検案となる案件が増えている ・ 県単位で診療情報ネットワークがあるが、活用の実態が不明 ・ 行政での体制が整わず、動き出せない ・ 消防の広域化によって、今まで確立できた連携を再度強化する必要がある

② 高齢者施設からの搬送の連携強化について

在宅からの搬送の連携の強化については、平成 30 年度で取り組む意向が「ある」(57.1%)、「ない」(42.9%)となった。

A. 平成 30 年度の取組意向

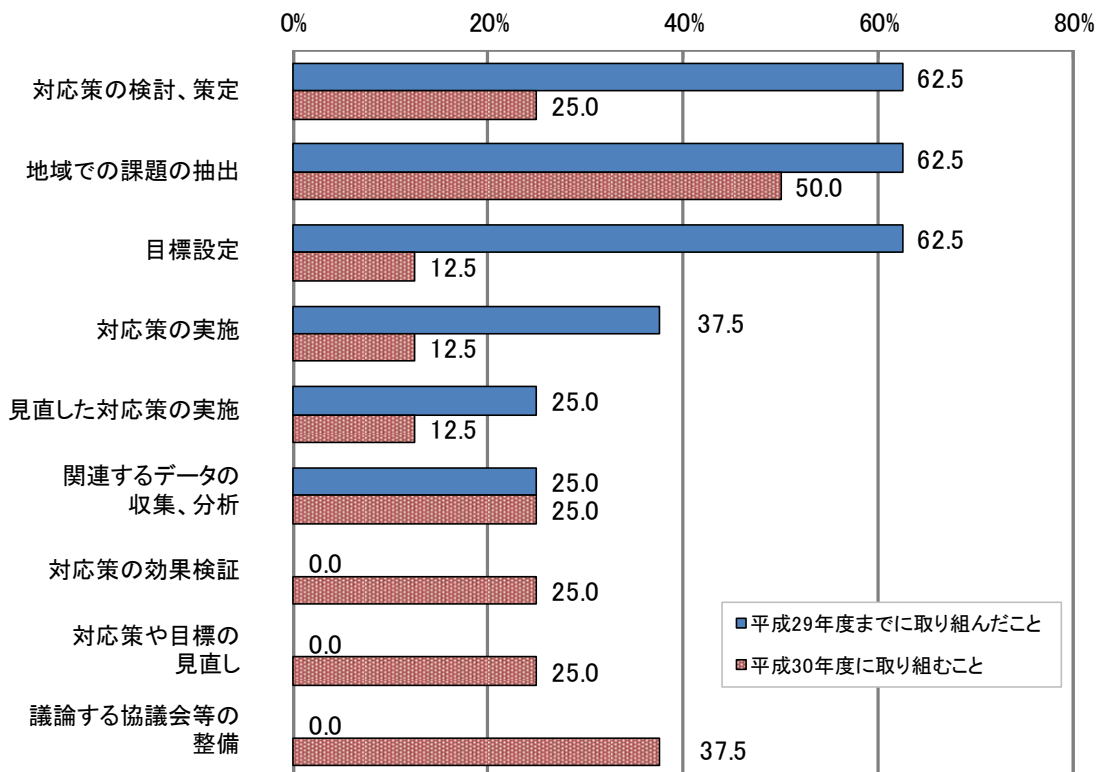
図表 今年度、「高齢者施設からの搬送の連携強化」に関して取り組む予定があるか(n=14)



【回答対象: 高齢者施設からの搬送の連携強化について平成 30 年度取り組む意向が「ある」と回答した地域】

B. 平成 29 年度までの取組内容と平成 30 年度以降の取組み意向

図表 「高齢者施設からの搬送の連携強化」について、平成 29 年度までに取り組んだこと、平成 30 年度以降取り組むこと (n=8)



C. 高齢者施設からの搬送の連携強化についての課題

<課題点>

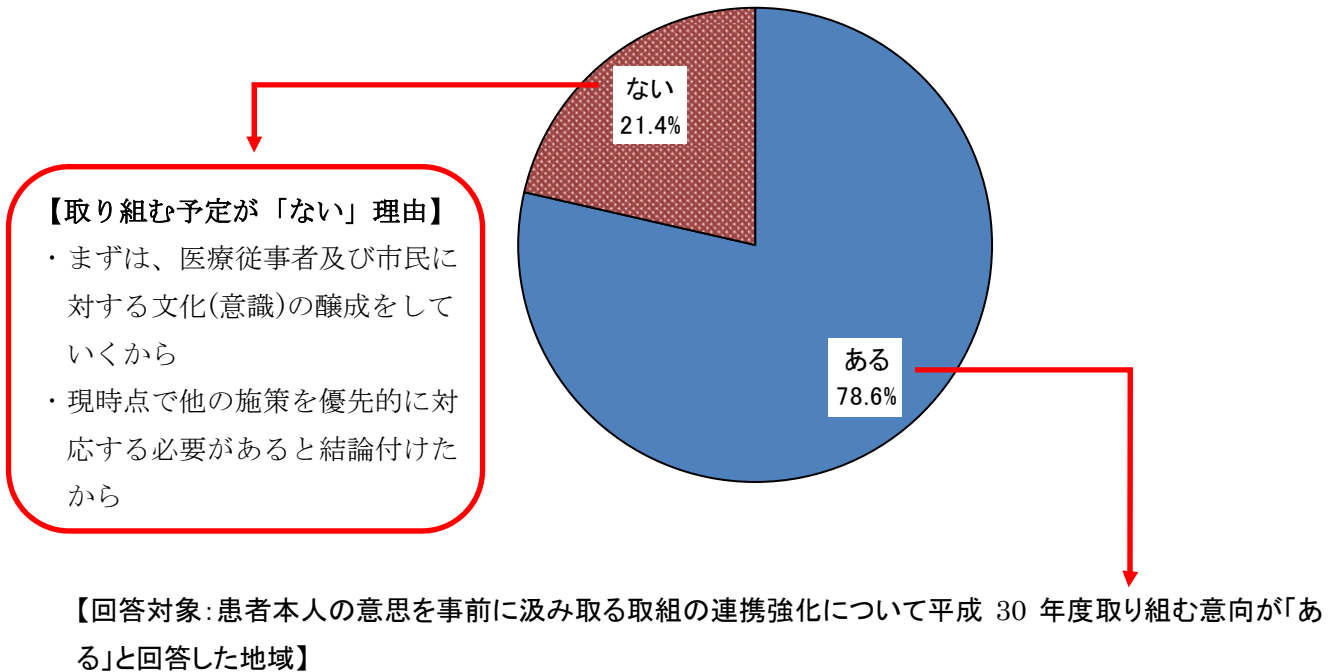
課題点項目	左記の理由
高齢者施設の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平時から入所者の情報がまとめられていない。意思確認もされていない ・ 救急搬送時に施設職員が利用者の情報状態を的確に他者(救急隊や病院医師等)に伝えることができない ・ 施設入所時には意向確認はできているものの、状況の変化に合わせた話し合いや意向の再確認が十分なされていない ・ 施設職員の医学的知識が不足しており、搬送時の負担感が大きい。例えば、外来受診が必要か、救急搬送が必要なかの判断もできない場合がある ・ 施設職員にとっては、急変や看取り対応に対する精神的な負担感が大きい ・ 特に夜勤帯において施設での人員が少なく、搬送時に付き添う負担が大きい
救急医療の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院と家族の間で「延命治療」に対する認識に差が生じている
高齢者施設と在宅医、病院の連携に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急変時に、施設職員と施設の配置医師や嘱託医との連絡がつかないことが多い ・ 搬送時に病院の求める情報を施設側で提供できないことが多い
普及啓発に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者施設への患者情報シートの周知が十分でない
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ そもそも自治体で高齢者施設の課題が何かを把握できていない ・ 取り組みが不十分と判断した施設に対して、行政がどこまで介入するべきか方針が定まっていない ・ 施設における ACP についての認識が薄い ・ 消防の広域化によって、今まで確立できた連携を再度強化する必要がある

③ 患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化について

患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携の強化については、平成 30 年度で取り組む意向が「ある」(78.6%)、「ない」(21.4%)となった。

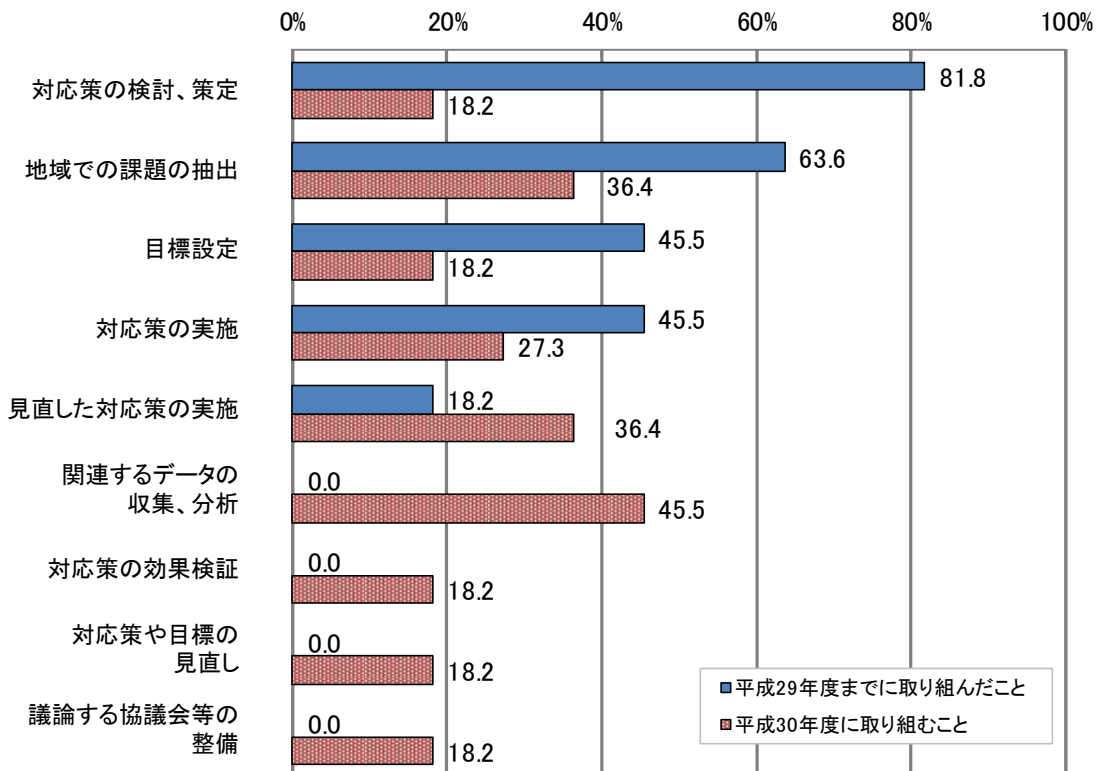
A. 平成 30 年度の取組意向

図表 今年度、「③ 患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」に関して取り組む予定があるか(n=14)



B. 平成 29 年度までの取組内容と平成 30 年度以降の取組み意向

図表 「③ 患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」について、平成 29 年度までに取り組んだことと、平成 30 年度以降取り組むこと (n=11)



C. 患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化についての課題

<課題点>

課題点項目	左記の理由
患者(住民)への普及啓発に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市独自で「リビング・ウィル」を作成したが、これから普及啓発の段階である ・ 住民における意識付けが足りず、“死”等に関して話題に出すこと自体に拒否感を感じる住民も多い
医療職・介護職への普及啓発に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職においても ACP の概念についての理解が足りない ・ ACP についての取り組み方考え方が組織や職種により大きく異なるため、共通認識を持つ場が必要
患者の意思の確認方法についての課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人と関わる様々な関係機関が行った意思確認の結果を、関係機関で共有していく仕組みづくりが必要 ・ どの担当職種が住民にどのように説明し意思を確認するのかの手法が定まっていない
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ そもそも、地域全体で市民にどのような人生の最終段階についての意向があるか把握できていない

III. 在宅医療・救急医療連携の先進事例

東京都八王子市：八王子市高齢者救急医療体制 広域連絡会（八高連）

地域概要

八王子市は、東京都心から西へ約 40 キロメートル、新宿から電車で約 40 分の距離に位置している。地形はおおむね盆地状で、北・西・南は海拔 200 メートルから 800 メートルほどの丘陵地帯に囲まれ、東は関東平野に続いている。



本市は、大正 6 年の市制施行から、平成 29 年で 100 年を迎えた。また、平成 27 年 4 月に、東京都初の中核市となり、人口 58 万人の多摩地区のリーディングシティとして、21 の大学を抱えた学園都市として、発展を続けている。

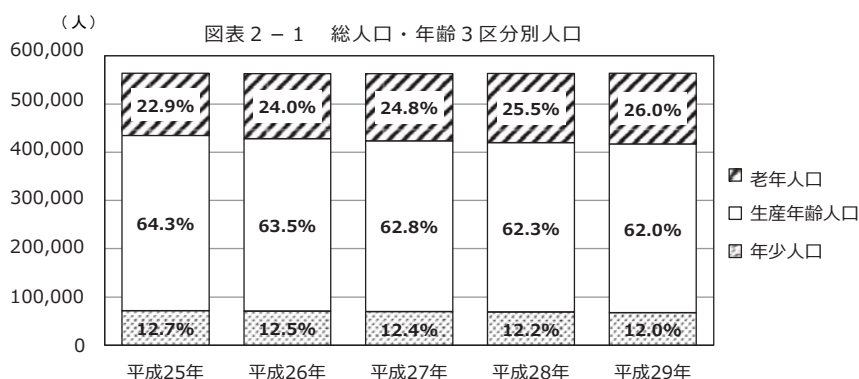
人口・面積

- 人口： 住民基本台帳人口 563,178 人（平成 29 年 12 月末日現在）
- 面積： 186.38 平方キロメートル

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

八王子市の高齢化率は 26.0% で、同時期の東京都平均 23.3% を上回り、高い水準にある（平成 29 年）。平成 25 年から 29 年までに 17,214 人増加している。



	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年
■ 老年人口	129,381	135,012	139,609	143,464	146,595
□ 生産年齢人口	362,826	357,351	353,515	351,214	349,418
▨ 年少人口	71,688	70,577	69,657	68,649	67,525
総人口	563,895	562,940	562,781	563,327	563,538

資料：住民基本台帳（各年 9 月末時点）〔単位：人〕

※データの処理については、小数点以下第 2 位の四捨五入により、各項目の合計値が 100.0%にならない場合があります。

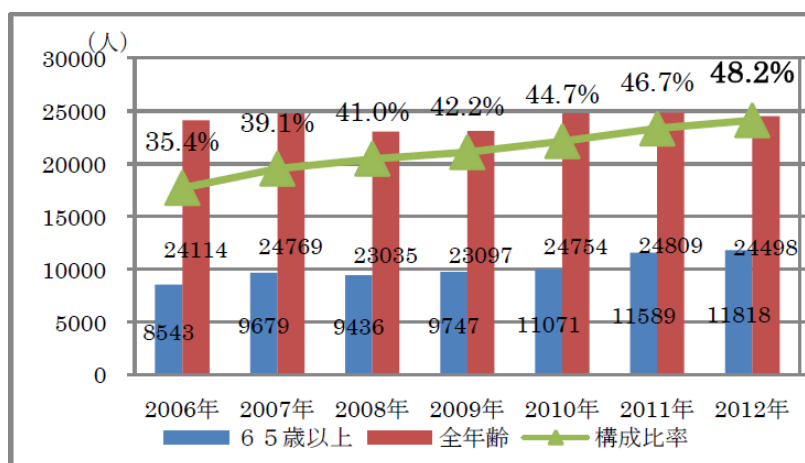
○地域医療資源（施設数）

- 医師数 1,319（人口 10 万人あたり 228.39、全国平均 237.28）
- 一般診療所 328（人口 10 万人あたり 56.80、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 32（人口 10 万人あたり 5.54、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 173（人口 10 万人あたり 29.96、全国平均 73.57）
- 病院 38（人口 10 万人あたり 6.58、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 3（人口 10 万人あたり 0.52、全国平均 1.07）、病院病床数 8,621（人口 10 万人あたり 1,492.78、全国平均 1,201.30）
- 歯科 281（人口 10 万人あたり 48.66、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 22（人口 10 万人あたり 3.81、全国平均 8.75）
- 薬局 217（人口 10 万人あたり 37.57、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 62（人口 10 万人あたり 10.74、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（東京消防庁（東京都）に常備消防を委託）

- 消防署数 1（他に分署 1、出張所 6）、職員定数 454 人、救急車 9 台
- 平成 29 年救急出動件数 29,751 件、搬送人員 26,548 人（10 年前の 1.1 倍）
- 上記のうちの急病件数 19,299 件、急病搬送人員 17,168 人
- 平成 29 年搬送人員 26,548 人の傷病程度別の内訳:死亡 191 人(0.72%)、重篤 561 人(2.11%)、重症 1,349 人 (5.08%)、中等症 10,231 人 (38.54%)、軽症 14,216 人 (53.55%)
- 2012 年搬送人員 24,498 人における高齢者は 11,818 人 (48.2%)



出典「救急活動の現況 平成 29 年（2017 年）版」および八王子市高齢者救急医療体制
広域連絡会提供資料

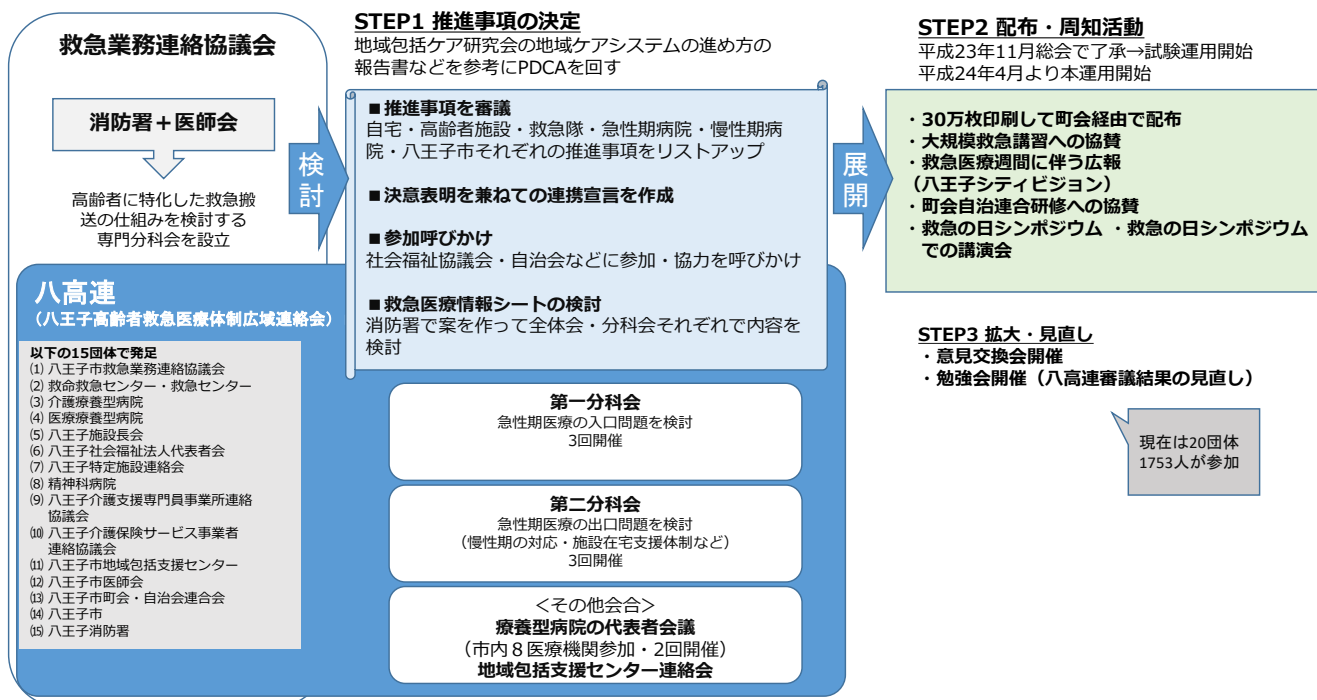
事例の概要

八王子市内の救急医療体制は、八王子市救急業務連絡協議会を中心に八王子市医師会、救急医療機関、八王子市、消防機関等が連携して、さらなる充実強化を目標に推進している。

しかし、高齢化の進展等により傷病者に占める高齢者の割合は年々高くなり、それに伴う病院選定困難事案も増加し、救急活動時間が年々長時間化する傾向にある。

そこで、八王子市内に居住する高齢者及び高齢者施設等利用者の救急要請に対し、より迅速、的確な救急搬送体制を確保するため、八王子市救急業務連絡協議会の中に専門分科会として「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会」通称「八高連」を創設した。

八王子市内の高齢者及び高齢者施設等利用者の救急要請に対し、急性期医療機関への早期受入体制の確立、慢性期医療機関や介護施設等との連携強化を図り、病院選定困難事案を減少させ、高齢者の安全確保を図ると共に限られた医療資源を効率的に循環させることを目的とした。



取組の紹介

(1) 取組の背景

平成 21 年に消防法が改正となったこと等を受けて「東京ルール」*が策定されたが、平成 22 年度に八王子で東京ルールに該当した 287 件をその理由につき調査したところ、「高齢者」がトップであった。また、65 歳以上の高齢者搬送の平均活動時間は都内平均より 4 分オーバーしていたことから、特に高齢者対策が課題となった。

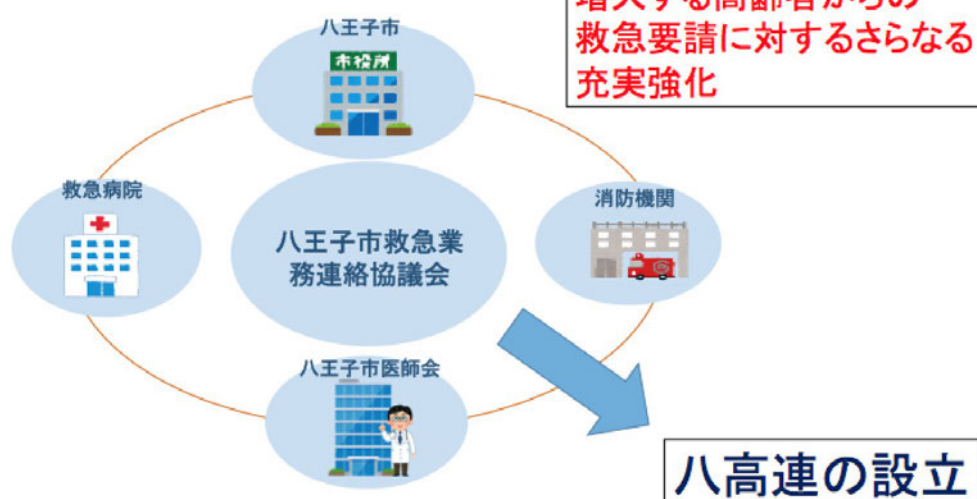
*救急隊が 2 次救急レベル以下と判断した患者で、医療機関への受け入れ照会を 5 回以上行ったか、搬送先選定に 20 分以上かかったケースについて、救急隊が地域救急医療センターに連絡して調整を依頼し、調整担当医師が地域内での受け入れ調整を行うルール。地域内で受け入れられなかった場合には、コーディネーターが地域間の調整を行い、それでも受け入れ先が決まらなかった場合は、患者がいる地域の地域救急医療センターが受け入れる。

八王子市には何十年も前から市と医師会と病院と消防署による協議会として救急業務連絡協議会があったが、その子会として高齢者に特化した救急搬送の仕組みを作る構想が「八高連」のはじまりとなった。

平成 22 年 八王子市における救急搬送状況 (n=22,936)

- ・ 医療機関選定困難事案理由 (n=287)
(東京ルール：5 医療機関へ連絡、もしくは 20 分以上受け入れ先の医療機関が決まらなかった場合、地域救急医療センターに調整を依頼する)
高齢者 37% > アルコール 12% > 精神 7% > 常習 6% . . .
- ・ 高齢者における救急活動時間 (出場～医師引継)
平成 20 年 49 分 27 秒
平成 21 年 50 分 50 秒
平成 22 年 **54 分 27 秒** (都内平均 50 分 30 秒)

八王子市の救急医療体制



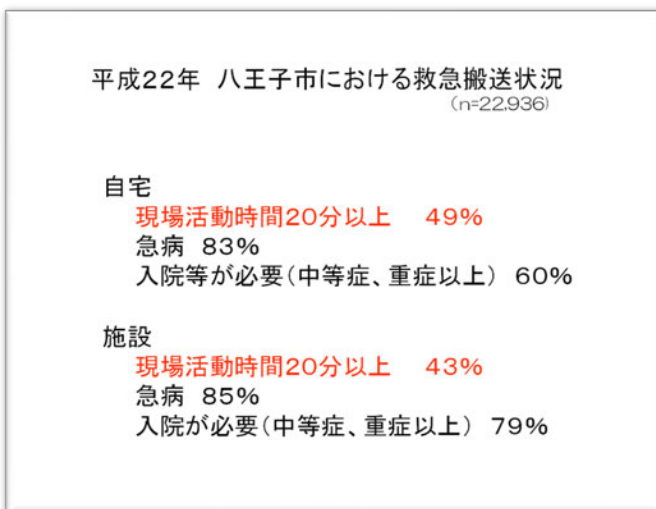
① 在宅・施設・病院それぞれの問題

八王子では、在宅医がいる場合は搬送に於いて問題になることは少なく、かかりつけ医がいない場合や、施設からの搬送時の手順等に課題があった。

在宅でかかりつけの医師がいない場合、かかりつけ医に連絡がつかない場合、急変時に家族が動転してかかりつけ医に連絡する前に救急を呼ぶという場合が多かった。

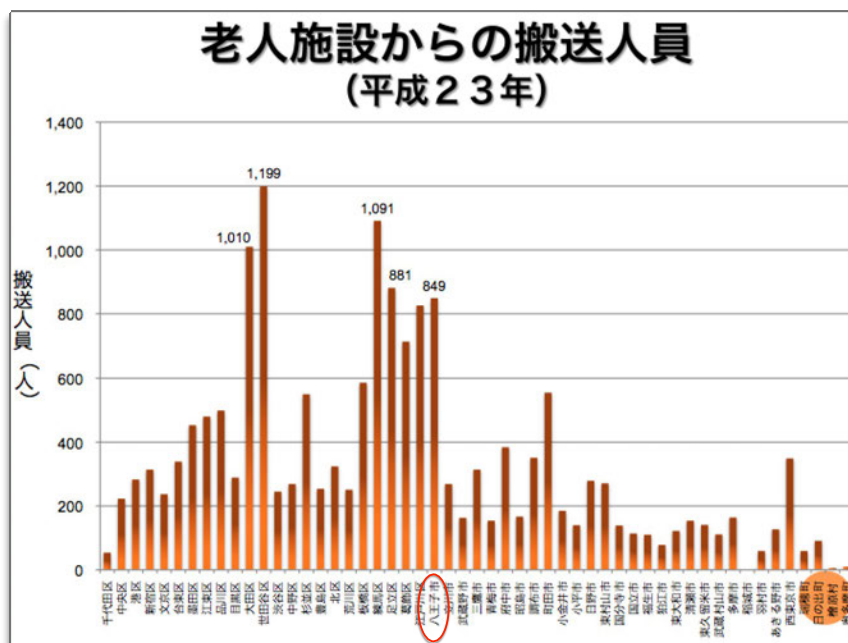
施設の場合看護師の配置が少ないため、夜間では介護職員のみになる施設も多い。介護職は医療処置が出来ないうえ、看取りに際しても対応が困難な場合があり、夜の急変などに対処できずに慌てて救急を呼ぶというケースが多かった。

搬送される病院側は、救急搬送時に家族の情報や病歴・服薬情報などを求めることが多い。しかし高齢者施設等からの搬送の場合、施設内にこれらの情報があるにもかかわらず施設職員が提供をできないケースが多いことが問題となっていた。



② 救急医療と在宅医療の連携

八高連が発足した平成23年当時、八王子市においては高齢者施設が増加していたため、施設からの搬送は都内で5番目に多い状況であった(図)。その後の救急搬送数の年次推移の特徴として、全体数は微増(-0.9%~+3.7%)であるのに対し施設からの搬送数は大幅に増加している(+1.1%~+9.8%)。また、高齢になるにつれ中等症以上の重症度の高い患者が増加していた。



(2) 検討開始

① 発足の経緯

発足当時、救急業務連絡協議会の会長であった横山隆捷医師院長と八王子消防署の横山正巳署長の2名が仕組みの構築を提唱した。

高齢者傷病者はその病状により急性期病院、回復期病院、慢性期病院や施設や自宅を巡っている状態であり、その一部から始めるのではなく、関係する全ての機関を一度に巻き込まないと取り組みが進まないと考え、15団体に声をかけ、それぞれの管理者を集めてトップダウンでスタートした。

消防署の横山署長が消防署員とともに色々な組織を回り、医師会でも長い間救急を担当された横山院長が病院関係者に声をかけ、医師会と消防署の両トップが精力的に動いたことで多くの機関が招集された。

当初、救急業務連絡協議会には慢性期病院や精神科・介護関係の機関はまったく入っていなかったが、そうした組織にも声をかけて参加していただき、同時に、利用する側である住民にも救急体制の状況を理解が必要であることから、町会自治会連合会にも参加を依頼した。

八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 (八高連)

八王子市内の高齢傷病者の急性期医療の早期受け入れ体制の確立、慢性期医療、介護施設等の連携強化を図り、病院選定困難事案を減少させ、八王子市内医療機関に收容することを目的に平成23年4月八王子市救急業務連絡協議会の中の専門分科会として設置



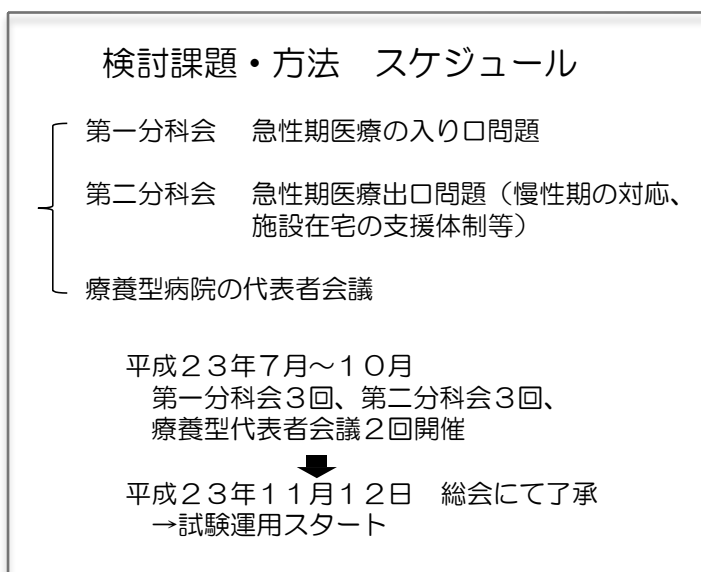
このように発足最初から15団体で構成され、現在は更に増えて20団体、1753機関から構成されている。高齢者では認知症を患っている場合もあるため、他の地域ではあまり見られない精神科の病院も八高連に加入しており、救急搬送のルールや情報シートなどを検討する際には精神科からの意見もいただいた。

なお、八王子市（行政）も最初から輪に入っているが、事務局は協議会の中にあり、市の組織ではない。各団体から年会費7000円を集め、これを印刷代等にあてて運営している。

②組織の体制

組織の役割としては、救急病院の入り口問題の第一分科会と出口問題の第二分科会と療養型病院の集まりという3つの分科会を作って、年3回の会合と想定していたが、運用を開始するまでに1年で合計27回も集まり協議を繰り返した。

トップの横山署長・横山院長も入口・出口・療養のすべてに関わっているため、全ての会合に参加し、多くの参加者も重複して参加した。分科会それぞれで様々な課題についての議論が行われ、それぞれの場で以下③の推進事項を決定した。



③推進事項の決定


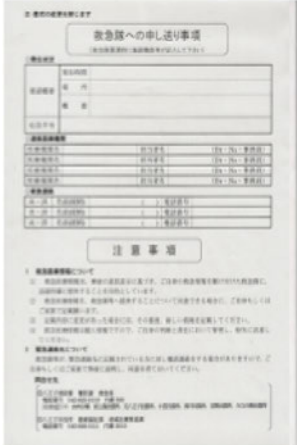
推進事項	
自宅	<ol style="list-style-type: none"> 1.緊急時における付き添い及び家族への連絡等について、家族で事前協議、救急医療情報等をまとめる 2.既存の「救急情報キット」がある場合は活用するが、更新時等の機会をとらえ「医療情報シート」に変更し情報を転記する
高齢者施設	<ol style="list-style-type: none"> 1.緊急時の医療処置について施設利用者家族と話し合う(延命処置等について事前協議) 2.緊急時の連絡体制を確保する(家族等) 3.緊急時の職員に対する教育必要事項を周知徹底する 4.医療機関を退院した施設利用者の積極的な受け入れ、ベッドを確保する
救急隊	<ol style="list-style-type: none"> 1.「救急医療情報シート」の記載内容を正確に医療機関へ伝達する 2.「救急医療情報シート」を有効活用し迅速に救急搬送する 3.救急隊員に対して 八高連のシステムについて教育する 4.市外救急隊に対して「医療情報シート」を活用した救急動を周知徹底する
急性期病院	<ol style="list-style-type: none"> 1.家族の付き添い有無や、家族へ連絡済みであるか否を問わず、迅速に受け入れ体制確保する 2.早期に医療機関収容体制を確保する
慢性期病院	<ol style="list-style-type: none"> 1.急性期を脱した傷病者の受け入れ体制確保する 2.平日中対応が可能であればかりつけ患者は受入れる 対応不能ならば情報提供をする 3.八高連主催による終末期医療研修会等を開催する 4.「療養型医療機関における受入れ可能な疾患（医療処置等）一覧表」を作成する 5.急性期医療機関へ情報を提供する
八王子市	<ol style="list-style-type: none"> 1.介護保険申請から認定までのスピード化を図る 2.介護保険申請を本人及び家族が出来ない場合、高齢者施設等に対して代理申請が可能であることの周知をおこなう 3.地域包括支援センター民生委員により高齢者の生活、健康状態を把握する

④参加呼びかけ

在宅・施設・消防・急性期・慢性期・八王子市のそれぞれが推進事項を挙げ、優先順位をつけて率先して取り組んでいくという決意表明を兼ねての八高連審議結果を作成した。

救急医療情報シートについて

1秒でも活動時間を短縮できる内容とすることを基本的なコンセプトとして、本様式を作成

様式 【表 面】	【裏 面】
	
<ul style="list-style-type: none">1 医療従事者、救急隊にとって必要な情報をコンパクトにまとめた2 救命、延命の意志確認ができる3 記入者の負担を考慮し、書き易い内容とすること	
<p>平成23年 八高連試行参画施設へ配布 平成24年 市内高齢者世帯へ28万枚配布 平成27年 「救急医療情報」カラー版1万枚を市内配布物コーナー等へ配置 平成28年 「救急医療情報」カラー版を増刷予定</p>	

平成 22 年に検討を開始してからほぼ 1 年後の平成 23 年の 4 月に運用を開始した。

⑤会議の方針

会議の方向性として、当初から、「あらかじめ内容が決まってい議論せず一方的に発表して『異議無し』で終わるような会議はしない」という方針を徹底した。本音で問題提起し、それぞれの立場で言いたい事を言ってもらうように伝えた。メンバーは会議によって変わることもあったが、各分科会でもそれぞれ 20~30 人は集まり、運用開始前に 27 回行った。

スタート後は、年に 1 回の総会や随時行われる勉強会、事務局会はあるが、その他で参加団体全員が集まるような会議は行っていない。

⑥救急医療情報シートの検討

救急医療情報シートについては、最初に事務局で原案を作り、分科会の中で繰り返し議論が行われた。

情報シートの内容でもリビングウィルなどを入れるかどうかについては議論となり、弁護士の意見も参考にしつつ、協議を行った。ただ、一般にみられる心肺蘇生措置などについての記載はわざと外している。最近の ACP の課題と同様、単に医療行為別に書くのではなく、本人の価値観や意思を尊重する内容となっている。

シートの更新については本人次第であり、気が変わったらいつでも書き換えて良いものとした。また、救急搬送の際には、あくまでも終末期を迎えた時の本人の意思について参考にするだけであ

り、これを根拠に救急搬送、救急医療におけるトリアージには影響しないものとしている。救急隊も救命センターの医師でもこの記載のみを根拠に行動するというわけではない。

救急情報シートは、全体の構成として病院に搬送される際、病院側が救急隊員に対して患者について知りたい情報に対応できるよう、社会情報やキーパーソン、かかりつけなど、病院側が知りたい情報を記載できるようにしている。

⑦救急医療情報シートの運用方法

既存のシートが既に作成されている場合、既存のシートを使用でき、強制するものではないという姿勢をとっている。

また、在宅患者での当該シートの置き場所については、事務局のスタッフが自治会などに出向き、冷蔵庫の前に貼っておくよう徹底した。筒に入れて冷蔵庫に入れる、玄関前に貼る等の意見もあったが、冷蔵庫を開けると搬送時に何か食べられた等の誤解を生むという意見や、玄関のドア裏では人目に触れて個人情報の問題に抵触する等の問題があった為、置き場所は「冷蔵庫の前」に統一した。

なお、介護施設等で管理されている場合、施設側で当該シートを使用して利用者情報を管理するケースもあるため、救急搬送時に活用した後、全シートを施設に返却する運用をしている。

(3) 周知

①チラシの配布

当初、八王子市の協力も得て、30万枚印刷して町会経由で配布した。

また、社会福祉協議会や住民団体等についても、訪問したうえで当該シートの説明を行っている。

また、自治会等の地域住民の集会に説明に行き、参加や協力を促すことが大切であると考えている。関係機関では当たり前の事でも、地域住民等にはきちんと説明しないと理解していただけない事柄も多いため、八高連では、こまめに集まりなどに参加して一つ一つ説明している。

八高連から 65歳以上の方へ 「救急医療情報」のお知らせ

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(通称「八高連」)では、高齢者(おおむね65歳以上)の皆様にあらかじめご自身の持病、服用中の薬、かかりつけ病院、緊急連絡先などを記入してもらう「救急医療情報」の用紙を作成しました。

高齢者の皆様が救急車を必要とした「もしもの」ときに、救急隊や病院が皆様の「救急医療情報」を共有することで、速やかな救急搬送や病院での適切な対応が可能となります。

「救急医療情報」の使い方

普段	緊急時	救急搬送
「救急医療情報」に必要な事項をあらかじめ記入し、冷蔵庫などに貼出	救急隊が「救急医療情報」を基に情報を収集。必要に応じて緊急連絡先へ連絡	適切な病院へ迅速に搬送。救急搬送後のスムーズな病院間連携
他の情報シート、お薬手帳があれば、顔などにまとめて貼出しても結構です。		

記入の仕方

- 本紙の記入例を参考に記入し、キリリ線から切り離して使用してください。
- 一般家庭にお住まいの方は、「救急医療情報」の裏面を記入する必要はありません。
- 「もしもの時に医師に伝えたい事」欄は、ご家族とよく話し合った上でチェックしてください。
- 「救急医療情報」は、救急要請をしたその時のご自身の情報が必要となります。持病、かかりつけの病院、服用している薬など、時間経過に伴い変化が生じたものは、変更内容を記入し、必ず更新日欄に日付を記入してください。

八高連夢画各機関

①八王子市高齢者救急医療連絡会	④精神科病院	⑧八王子市
②救命救急センター・救急センター	⑤八王子分庁支庁専門医療協議会	⑨八王子消防署
③介護療養型医療施設	⑥八王子分庁保健センター・八王子市健康推進協議会	⑩八王子警察署
④医療事務センター	⑦高齢者あんしん相談センター(八王子市地域包括ケアセンター)	⑪八王子老人保健福祉協議会
⑤八王子消防委員会	⑧八王子市医師会	⑫八王子市青年会議所
⑥八王子社会福祉法人代表者会	⑨八王子市歯科医師会	⑬八王子市民生委員児童委員協議会
⑦八王子市特定救急医療協議会	⑩八王子市町町自治会連合会	⑭八王子市社会福祉協議会

②運用開始後の主な周知活動

ア. 平成 24 年度事業

4月1日 八高連本行を開始

- 医師会、施設長町自治連合を通じ約30万枚救急情報シートを配布。
- 大規模救急講習への協賛
- 救急医療週間に伴う広報（八王子シティビジョン）
同行事への協賛「東京の災害医療体制について」
東京医科大学八王子療センター救命急長 新井隆男先生
- 町会自治連合研修への協賛「日常及び災害時に必要な個人情報と自主防災活動」
新井隆男先生、八高連会長 横山隆捷先生

イ. 平成 25 年度事業

- 大規模救急講習への協賛
- 救急医療週間に伴う広報（八王子シティビジョン）
- 救急の日シンポジウム・救急の日シンポジウム
「超高齢化社会に直面する東京都の救急医療」
昭和大学病院長 有賀 徹
東京都医師会副長 猪口 正孝
杉並区保健福祉部長 長田 斎
八王子消防署長 内山 徹

ウ. 平成 26 年度事業

- 大規模救急講習への協賛
- 救急医療週間に伴う広報（八王子シティビジョン）
- 意見交換会：医療関係者14名、高齢施設5、町会自治連合1名、薬剤師市職員4、消防署職員5名
- 救急医療週間に伴う講演会
「辛いから笑って生きよう～救急編」三遊亭らん丈（落語家、町田市議会議員）

エ. 平成 27 年度事業

- 救急医療週間講演会
「高齢救急医療における現状と課題～救急領域に従事する看護師の立場から」
杏林大学付属病院 看護師長 横田 由佳

- 勉強会
「救急医療情報の活用状況」
消防署救急係 保科智治
「高齢者施設における救急医療情報の活用状況」
シルバービレッジ八王子 鈴木 寿美子
浅川ホーム 大川 富美
看取りと救急 陵北病院 田中裕之
連絡事項薬剤師会長 山田純一

オ. 平成 28 年度事業

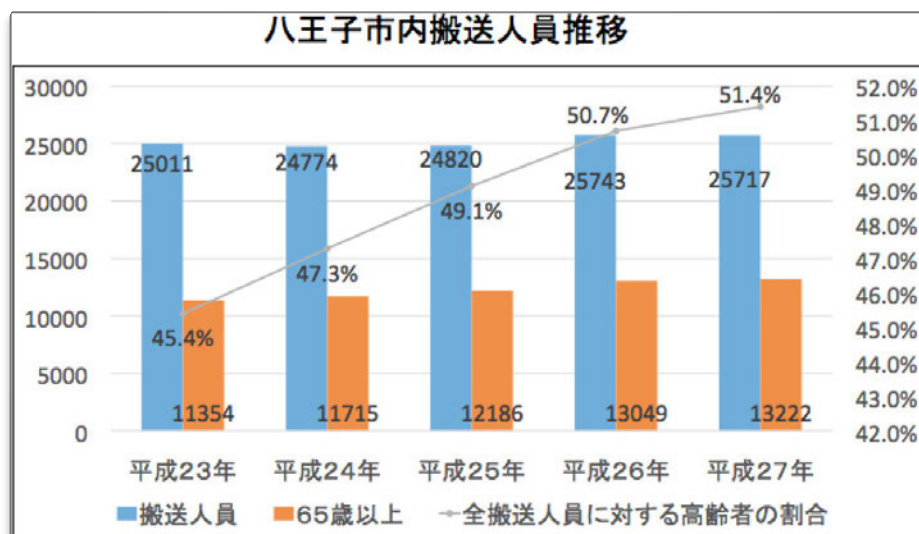
- 財団法人フランスベッドより助成金を得る
- 救急講演会（市民向け）
「なるほど知らかった！！八王子高齢者救急の今」
東京医科大学八王子医療センター 救命救急センター長 新井隆男
- 勉強会「八高連審議結果の見直しについて」
会員各位参加

(4) 取組の成果

① データ分析とアウトカム

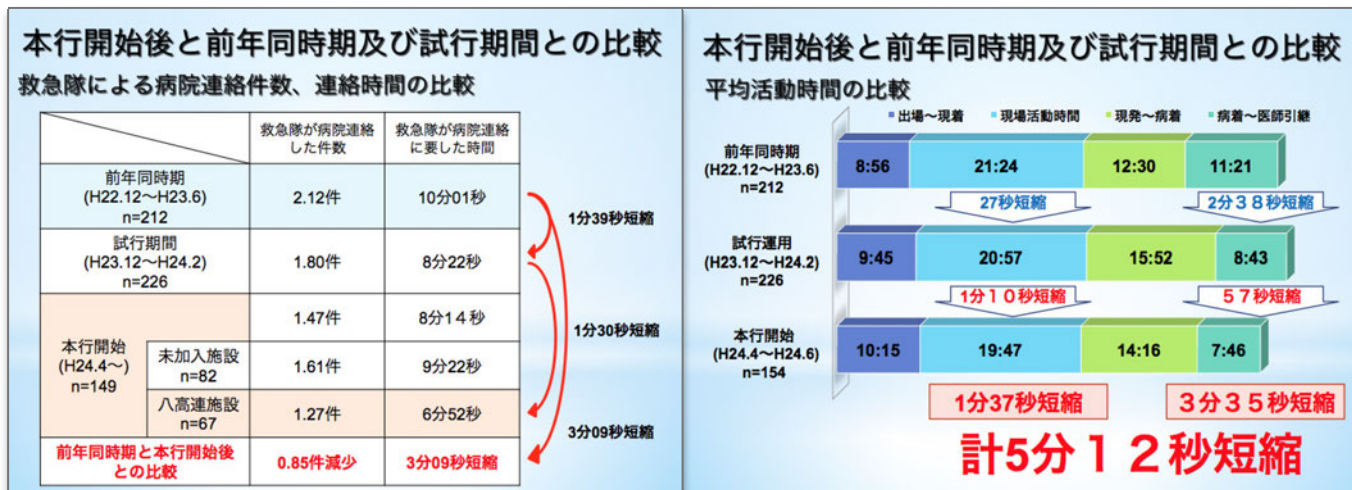
ア. プロセス指標

救急搬送における高齢者の割合については、継続してデータを取っており、プロセス指標として見ている。搬送数は増えていないが高齢者率が増えている等といった状況は当該データで確認している。



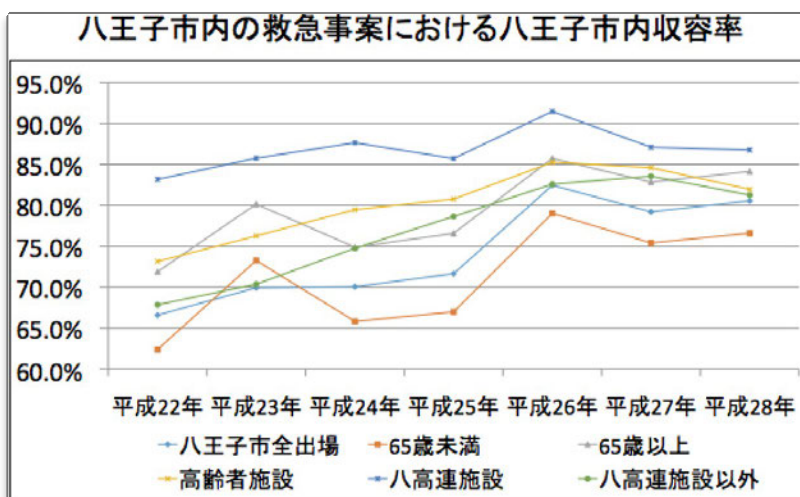
イ. アウトカム指標

患者がどのような流れで移動したかというデータを調べられれば理想的であるが、データをとった場合、入力・分析にコスト等がかかるため、現状は消防署による救急搬送に伴うデータを参考にしている。アウトカムについては、消防で取れる救急搬送時間と市内収容率（八王子市内の患者が



八王子市内で収容された割合) の2点で評価しており、以下の通り効果が出ている。

搬送時間については、現着から現発までの時間と病院に入ってから医師に引き継ぐまでの時間を評価している。引き継ぎ時間については区切り、引き渡し後に医師が救急隊員と話をする等の時間は含まないようにしている。市内収容率も消防本部のデータが毎年入手できるため、まとめて集計している。



なお、定性的な意見として、「情報シートがあることで施設職員と救急隊員との関係性が良くなったのが一番のメリット」という声が挙がっている。

②情報シートの普及と更新

どの程度普及しているか消防隊に調査してみたが、施設では5%程度、在宅では2%程度の利用であり、今後の課題である。

今後について

■今後の課題

今後の課題は以下の通りで、特に一般市民への普及啓発が現在に至るまで継続する課題である。

- 八高連活動の深化
 - 市民への更なる普及
 - 八高連組織内の定期的な情報の共有
 - 警察組織との連携
- ACPの標準化
- 病院救急車の有効活用
- 災害時における八高連の役割の明確化

普及啓発については消防署や市のホームページで情報シートをダウンロードできるようにする、市の広報誌掲載する、駅前のシティビジョンに告知を出す、市の避難訓練時に八高連のチラシを配布する等を行っている。勉強会や自治会など住民が集まる際には出向いて説明を行っているが、情報の周知が一番の課題である。

防災訓練



八王子シティビジョン



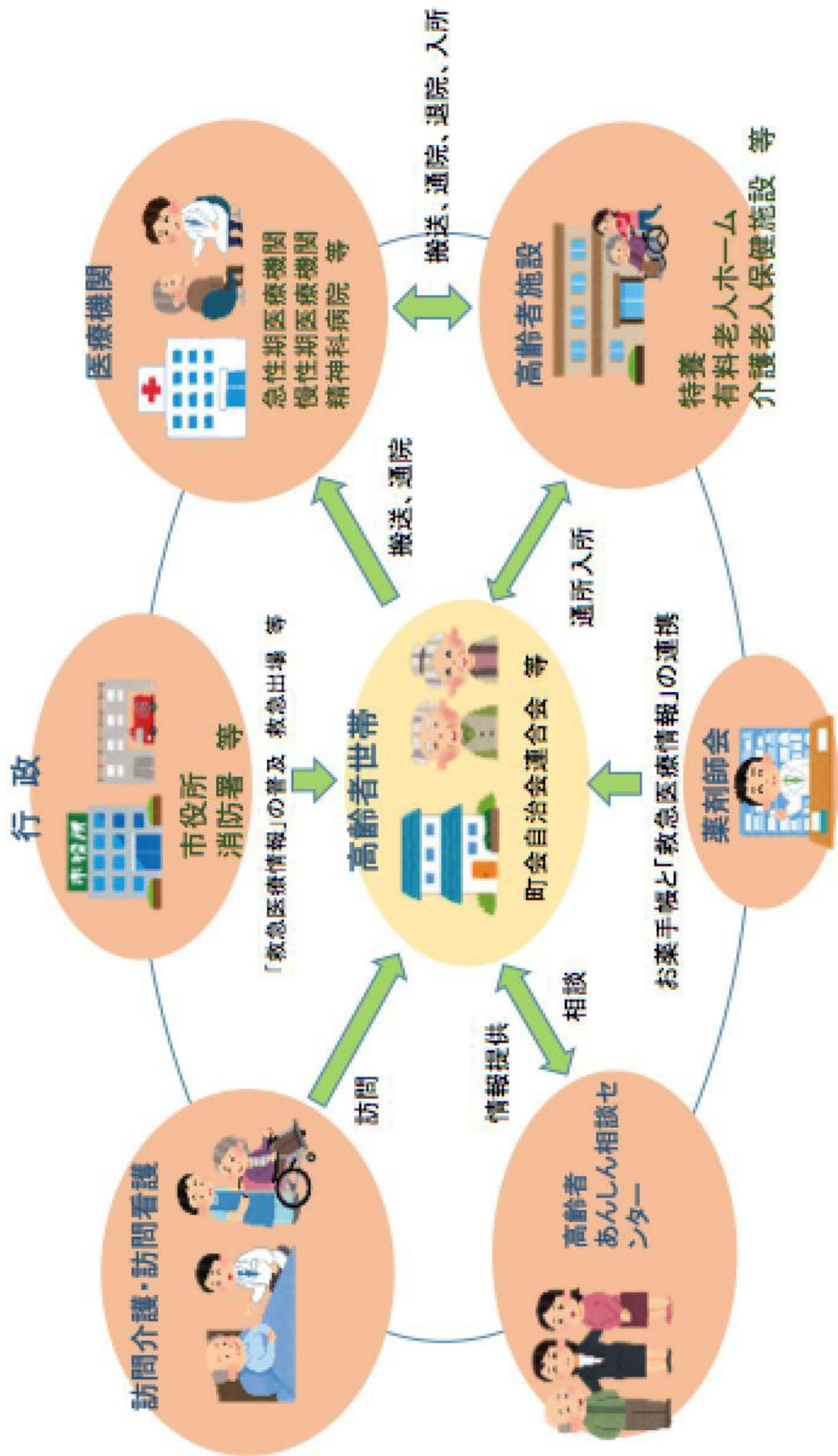
救急医療情報活用状況(平成27年8月～平成28年4月)

	救急医療情報の存在		救急医療情報の活用
	知っている	知らない	有り
八高連	200	53	168
(割合)	79%	21%	66%
八高連以外	179	216	103
(割合)	45%	55%	26%
一般家庭高齢者	408	3952	234
(割合)	9%	91%	5%

工程表

	招集・提案 平成23年4月～5月	分科会開催 平成23年7月～10月	試行期間 平成23年12月～平成24年2月	運用開始 平成24年4月～
全体	04/07 代表者会 05/14 総会・シンポジウム	成果物作成	12/01～2/29 試行実施・分析・検証 03/17 総会	本行に移行
第一分科会 急性期の入口問題		1. 入高連急変時フロー図の作成、改善 2. 既存の急慢連携の強化方法について 3. 救急キット本格導入時の地域包括支援センター等の活用について 4. 救急医療情報の内容の改善点について		
第二分科会 急性期の出口問題		高齢傷病者の慢性期医療の対応、施設住宅における支援体制について		
慢性期病院代表者会議 (市内8医療機関参加)		療養病院ごとの医療処置能力・特徴を明らかに		
地域包括支援センター連絡会				

八高連の連携イメージ



成果物①審議結果

八高連審議結果

自宅	高齢者施設	救急隊(消防署)	急性期医療機関	慢性期医療機関	八王子市
<p>統一した「救急医療情報シート」の作成</p> <p>1. 緊急時における付き添い及び家族への連絡等について、家族等で事前協議、救急医療情報等をまとめる</p> <p>2. 既存の「救急情報キット」がある場合は活用するが、更新時等の機会をとらえ「救急医療情報シート」に変更し情報を転記する</p>	<p>1. 緊急時の医療処置について施設利用者、家族と話し合う(延命処置等)について事前協議</p> <p>2. 緊急時の連絡体制を確保する(家族等)</p> <p>3. 緊急時の職員に対する教育、対応要領を周知徹底する</p> <p>4. 医療機関を連絡した施設利用者の種別的な受け入れ、ベッドを確保する</p>	<p>「救急医療情報シート」の記載内容を、正確に医療機関へ伝達する</p> <p>2. 「救急医療情報シート」を有効活用し、迅速に救急搬送する</p> <p>3. 救急隊員に対して、八高連のシステムについて教育する</p> <p>4. 市外救急隊に対して「救急医療情報シート」を活用した救急活動を周知徹底する</p>	<p>1. 緊急期を脱した高齢者の受け入れ体制を確保する</p> <p>2. 平日日中、対応が可能であればかみりつけ患者は受け入れ可能なら情報提供を行う</p> <p>3. 八高連主催による、終末期医療研修会等を開催する</p> <p>4. 「療養型医療機関(医療処置等)一覧表」の作成する</p> <p>5. 急性期医療機関へ情報を提供する</p>	<p>1. 急性期医療機関MSWと慢性期医療機関(相談室)、慢性期医療機関MSWと急性期医療機関(相談室)との連携を強化する</p> <p>2. 別棟的にベッドコントロールを実施する</p>	<p>1. 介護保険申請から認定までのスピード化を図る</p> <p>2. 介護保険申請を、本人及び家族が申請出来ない場合、高齢者施設等に対して、代理申請が可能であることを周知をおこなう</p> <p>3. 介護包括支援センター、民生委員により高齢者の生活、健康状態を把握する</p>
<p>推進事項</p>					
<p>「救急医療情報シート」の普及、広報</p>					
<p>1. 夜間におけるスムーズな緊急対応、人員を確保する</p> <p>2. 緊急時に協力医療機関に対して連絡体制を確保する</p> <p>3. 施設利用者に対する医療処置範囲の拡大(昇ろり等)をする</p>	<p>「救急医療情報シート」を活用した救急活動について、市内医療機関に対する説明を実施する</p>	<p>1. 救急搬送された高齢者に対する慢性期医療機関へのトリアージ</p> <p>2. 「療養型医療機関における受け入れ可能な疾患(医療処置等)一覧表」に基づく慢性期医療機関への適切な振り分け</p>	<p>1. 緊急搬送された高齢者に対して、八高連を常時情報交換の場として活用し、更に連携を強化する</p> <p>2. 「療養型医療機関(相談室)、慢性期医療機関」の普及、啓発、PRをする</p>	<p>かみりつけ患者の全日受け入れをする</p>	<p>1. 緊急性のある介護保険申請を優先的に審査をするシステムを構築する</p> <p>2. 高齢者の社会的背景(経済的、身体的)により手続きが進まない科の具体的に解決策を助言する</p>
<p>1. 医療機関送迎料に必ず施設のベッドを確保する</p> <p>2. 緊急時に必ず受け入れてもらえる医療機関を確保する</p>		<p>八高連の取り組みに対して医療スタッフの理解を得る</p>	<p>八高連独自の統一したADL表(情報提供書)を作成する</p>	<p>輪番制での受け入れ体制を確保する</p>	<p>高齢高齢者の情報提供について、24時間対応できる体制を構築する</p>
<p>課題</p>					
<p>市内で発生した高齢傷病者は迅速に八王子市内の医療機関に収容出来ることを目標とする(医療資源の効率的な循環)</p>					

成果物②救急医療情報シート(表)

注：書式の変更を禁じます

救急医療情報

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

住所	八王子市 町 丁目 番 号		
ふりがな		年齢	歳
氏名		(平成 年 月 日現在)	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
性別	男・女		
連絡先 電話番号	042-	-	-

◇医療情報

現在治療中の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 ()
過去に医師から 言われた病気	
服用している薬	
かかりつけの病院	病院名： _____ <small>※おおむね1年以内に受診歴のある病院</small>
	住所： _____ 市・区 _____
	電話番号： _____

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

- できるだけ救命、延命をしてほしい
 苦痛をやわらげる処置なら希望する
 なるべく自然な状態で見守ってほしい
 その他 ()

◇緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

作成日	平成	年	月	日	更新日①	平成	年	月	日
更新日②	平成	年	月	日	更新日③	平成	年	月	日
更新日④	平成	年	月	日	更新日⑤	平成	年	月	日

◇地域包括支援センター

地域包括名称		電話番号	
担当者名			

成果物②救急医療情報シート(裏)

注：書式の変更を禁じます

救急隊への申し送り事項

(救急隊要請時に施設職員等が記入して下さい)

◇発生状況

要請概要	発生時間	
	場 所	
	概 要	
応急手当		

◇連絡医療機関

医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)
医療機関名		担当者名	(Dr・Ns・事務員)

◇家族連絡

未・済	名前(続柄)	()	電話番号	
未・済	名前(続柄)	()	電話番号	
未・済	名前(続柄)	()	電話番号	

注 意 事 項

1 救急医療情報について

- (1) 救急医療情報は、事前の意思表示に基づき、ご自身の救急情報を届け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としています。
- (2) 救急医療情報を、救急隊等へ提供することについて同意できる場合に、ご自身もしくはご家族で記載願います。
- (3) 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
- (4) 救急医療情報は個人情報ですので、ご自身の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

2 緊急連絡先について

救急隊等が、緊急連絡先に記載されている方に対し電話連絡をする場合がありますので、ご自身もしくはご家族で事前に説明し、同意を得ておいてください。

問合せ先

◎八王子消防署 警防課 救急係
 電話番号 042-625-0119 内線 380
 又は近くの 由木分署、富士森分署、元八王子分署、小宮分署、浅川分署、北野分署、みみ野分署

◎八王子市役所 健康福祉部 地域医療推進課
 電話番号 042-626-3111 内線 3013

成果物③療養型医療機関における受け入れ可能疾患

療養型医療機関における受け入れ可能疾患

慢性疾患 療養型医療機関	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
受け入れ可能な 疾患(医療処置)	三愛病院	城山病院	相武病院	南八王子病院	聖パウロ病院	上川病院	陵北病院	八王子北部病院	倉橋胃腸病院	眞宮病院	仁和会総合病院	永生病院	平川病院
1 人工呼吸器	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	△	×
2 人工透析	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	△
3 高カロリー輸液(TPN)	△	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
4 気管切開	△	○	○	○	×	△	○	×	×	△	○	○	○
5 COPDなどの呼吸不全	○	○	○	○	○	○	○	○	×	△	△	○	○
6 ALSなどの神経疾患	×	△	○	△	○	△	×~△	×	×	×	△	△	○
7 鼻腔栄養	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
8 胃ろう	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
9 腸ろう	△	×	○	○	△	△	○	○	×	○	△	○	○
10 バルーンカテーテル	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11 人工肛門	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

慢性疾患療養型医療機関の受け入れ可能疾患一覧表

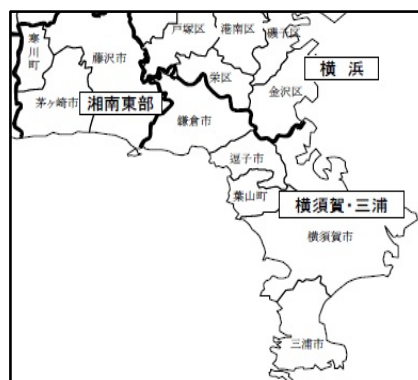
慢性疾患療養型医療機関	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
受け入れ可能な 疾患(医療処置)	三愛病院	城山病院	相武病院	南八王子病院	聖パウロ病院	上川病院	陵北病院	八王子北部病院	倉橋胃腸病院	眞宮病院	仁和会総合病院	永生病院	平川病院
1 人工呼吸器	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	△	×
2 人工透析	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	△
3 高カロリー輸液(TPN)	△	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
4 気管切開	△	○	○	○	×	△	○	×	×	△	○	○	○
5 COPDなどの呼吸不全	○	○	○	○	○	○	○	○	×	△	△	○	○
6 ALSなどの神経疾患	×	△	○	△	○	△	×~△	×	×	×	△	△	○
7 鼻腔栄養	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
8 胃ろう	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○
9 腸ろう	△	×	○	○	△	△	○	○	×	○	△	○	○
10 バルーンカテーテル	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11 人工肛門	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

神奈川県横須賀市：一般社団法人横須賀市医師会 横須賀市役所

地域概要

横須賀市は、神奈川県南東部の三浦半島の中央部に位置する、人口約 40.6 万人の中核市である。高齢化率は 30.5%と神奈川県内でも高い水準にある（平成 29 年 1 月 1 日現在）。また、海岸沿いまで山が迫る場所が多く、崖により断続的に分断される地形のため、高齢者の生活圏がトンネルで区切られる入り江単位となりやすい。住居は尾根の間の階段を上る急坂沿いにあり、医療・介護サービス従事者の訪問・移動に大きな負担となっている。

横須賀市は、鎌倉市・逗子市・葉山町・三浦市とともに横須賀・三浦二次医療圏を構成し、圏域人口は約 71.4 万人である。二次医療圏レベルでも、将来推計人口は減少傾向であり、高齢化が進展している。二次医療圏内の医療施設数は、救急救命センター3、救急告示病院 17、災害拠点病院 2、がん診療連携拠点病院 1、緩和ケア病棟を有する病院 1、地域医療支援病院 3、分娩取扱施設数 16 となっている（日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」）。



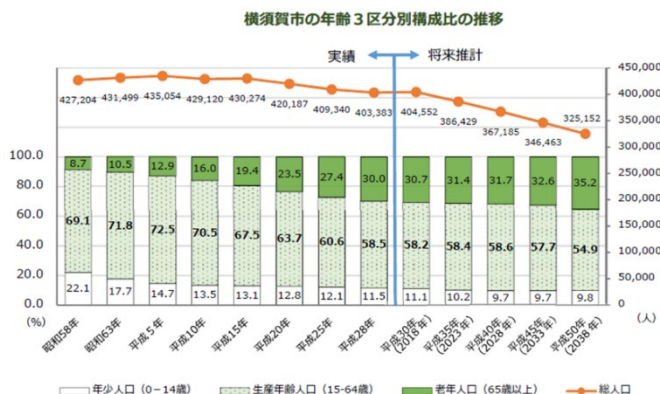
人口・面積

- 人口： 40.6 万人（平成 27 年国勢調査）
- 面積： 100.82 km²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

横須賀市の高齢化率 30.5%は、同時期の神奈川県平均 24.5%を上回り、高い水準にある（平成 29 年 1 月 1 日現在）。



県内市の老年人口（65歳以上）割合 (平成 29 年 1 月 1 日現在)

順位	市名	割合 (%)	順位	市名	割合 (%)
1	三浦市	37.0	11	伊勢原市	25.0
2	逗子市	31.6	12	相模原市	24.9
3	鎌倉市	31.1	13	座間市	24.4
4	横須賀市	30.5	14	海老名市	24.1
4	南足柄市	30.5	15	横浜市	24.0
6	小田原市	28.7	16	厚木市	23.9
7	秦野市	27.7	16	藤沢市	23.9
8	平塚市	26.8	18	大和市	23.6
9	綾瀬市	26.7	19	川崎市	19.8
10	茅ヶ崎市	25.6			

※参考 神奈川県 24.5%

資料：「横須賀市の将来推計人口（平成 26 年 5 月推計）」をもとに作成

出典：横須賀市ホームページ「第 2 章 横須賀市の現状と課題」
https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2420/01joureiplan/documents/03_plan5-dai2shou.pdf

○地域医療資源（施設数）

- 医師数 907（人口 10 万人あたり 223.08、全国平均 237.28）
- 一般診療所 273（人口 10 万人あたり 67.14、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 43（人口 10 万人あたり 10.58、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 148（人口 10 万人あたり 36.40、全国平均 73.57）
- 病院 11（人口 10 万人あたり 2.71、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0、全国平均 1.07）、病院病床数 3,248（人口 10 万人あたり 798.85、全国平均 1,201.30）
- 歯科 234（人口 10 万人あたり 57.55、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 30（人口 10 万人あたり 7.38、全国平均 8.75）
- 薬局 186（人口 10 万人あたり 45.75、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 55（人口 10 万人あたり 13.53、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（横須賀市消防局の管轄区域：横須賀市、三浦市の 132.88k m²）

- 消防署数 4（他に分署 1、出張所 10）、職員定数 504 人（実員 498 人）、救急車 14 台
- 平成 29 年救急出動件数 26,956 件（10 年前の 1.28 倍）、搬送人員 23,964 人（同 1.24 倍）
- 上記のうちの急病件数 18,490 件、急病搬送人員 16,439 人
- 平成 29 年搬送人員 23,964 人の傷病程度別の内訳：死亡 349 人（1.5%）、重症 1,603 人（6.7%）、中等症 9,363 人（39.1%）、軽症 12,591 人（52.5%）、その他 58 人（0.2%）
- 平成 29 年搬送人員 23,964 人の年齢別の内訳：新生児 13 人（0.1%）、乳幼児 819 人（3.4%）、少年 848（3.5%）、成人 6,863 人（28.6%）、高齢者 15,421 人（64.4%）

（出典：「横須賀市消防年報平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

事例の概要

横須賀市（行政）が推進する在宅医療・介護連携事業は、横須賀市医師会をはじめとする医療・介護関係団体の連携・協働によって進められて来た。この事業の課題整理と施策実施は、医療・介護関連団体から構成される「横須賀市在宅療養連携会議」で協議・検討がなされており、決定事項の周知徹底も参加職能団体が分担する。救急搬送増、延命治療・終末期医療の事前意思確認等の課題についても、この枠組みの中で、議論・検討が進められている。

■横須賀市が目指す方向（最終的な目標）

「住み慣れた我が家で療養したいという方が、在宅での療養・さらには看取りという選択肢ができるように地域医療の体制づくりを進める」

■横須賀市と横須賀市医師会の協働による取組み

- 協議体「横須賀市在宅療養連携会議及び3ワーキングチーム」の活動（事務局：横須賀市健康部地域医療推進課）
- ・市民対象「横須賀市在宅療養ガイドブック（vol1、vol2）」の作成・配布（企画：横須賀市在宅療養連携会議、制作：市健康部地域医療推進課）
- ・市民対象「在宅療養シンポジウム」の開催（企画：横須賀市在宅療養連携会議、主催：市・後援：市医師会）
- ・多職種対象「多職種連携のためのセミナー」の開催（企画：横須賀市在宅療養連携会議、主催：市&市医師会）
- ・ケアマネ対象「ケアマネージャーのための在宅療養セミナー」の開催（企画：横須賀市在宅療養連携会議、主催：市&市医師会）
- 「在宅医療・介護連携推進事業」（事業主体：市健康部地域医療推進課、受託実施：市医師会）
- ・病院職員対象「在宅療養出前セミナー」の開催
- ・「在宅療養センター連携拠点事業（広域多職種合同研修会、かもめネット、在宅患者入院支援登録システム、街角在宅医療講座、病院長会議、市民公開講座）」の実施
- ・「在宅療養ブロック連携拠点事業（幹事会、ブロック会議、多職種合同研修）」の推進
- 「救急医療センター」の運用（健康部地域医療推進課、指定管理者：市医師会）

■行政（横須賀市）の取組み

- 市民対象「まちづくり出前トーク」の実施（健康部地域医療推進課、※講師：市職員、在宅療養・在宅看取り、最期の医療意思表示について）H24～
- 病診・多職種連携「横須賀市退院前カンファレンスシート」の作成・活用（健康部地域医療推進課）H26.6～
- 「エンディングプラン・サポート事業」の実施（福祉部生活福祉課）H27.5～
- 「よこすか安心カード」の配布（福祉部福祉総務課）H28.3～
- 「横須賀版リビング・ウィル」の作成・限定配布（健康部地域医療推進課）H30.1～

■医師会（横須賀市医師会）の取組み

- 在宅医療・介護連携ノート「よこすかリンクパスポート」の導入・運用 H23～
- 「在宅療養センター連携拠点事業」の推進 H24～
- 病診連携「在宅患者入院支援登録システム（バックベッドシステム）」の運用 H26.7～
- 多職種連携「在宅療養・介護情報共有システムかもめネット」の運用活用 H26～

在宅医療・在宅看取りの選択肢実現への取組み

(横須賀市)

(市民啓発活動)

在宅療養シンポジウム

○在宅療養・在宅看取りをテーマに年1回開催、H23～

まちづくり出前トーク

H24～

- 上手な医者のかかり方(かかりつけ医を持つ)
- 最期の医療あなたはどうしますか?(在宅療養、在宅看取りについて等)
- リビング・ウィル(最期の医療の意思表明)について

展開

在宅療養ガイドブック
作成・配布

- 「最期までおうちで暮らそう」H26.3～
- 「ときどき入院・入所 ほぼ在宅」H29.4～

横須賀市高齢者福祉アンケート (H28.11実施)

検討の場：在宅療養連携会議(広報啓発ワーキングチーム)
対象：要介護非認定の65歳以上1600名

- 『人生の最期を迎えた時の延命治療の希望』
希望しない84.1%、希望する2.4%
- 『人生の最期に自分自身が受ける医療行為に対し予め書面で意思表示をしておきたいか?』
意思表示をしておきたい55.1%
わからない31.7%
意思表示をしたくない5.4%

「横須賀版リビング・ウィル」作成・配布 (H30.1～)

検討の場：在宅療養連携会議(広報啓発ワーキングチーム)
配布対象：全市民

- あえて簡単で分かりやすい内容(元気なうちに考え、家族に伝えるツールに)
- シンポジウム&出前トークで説明後に手渡し配布
- 医療・介護施設で、説明を加えて手渡し配布

在宅医療・救急医療連携における検討会

(事務局：横須賀市)

活動のきっかけ

- 厚労省主催「在宅医療・救急医療連携セミナー」の参加

検討・推進体制

- 構成メンバー(21名)
 - ・在宅医4名(横浜市医師会推薦医師)
 - ・救急医療担当医師6名(市内3病院)
 - ・神奈川県警6名(3警察署+県警本部)
 - ・市消防局救急課2名
 - ・市健康部地域医療推進課3名
 - ・医師会1名
- 開催頻度
 - ・年間3回程度(必要に応じて変動)

検討

検討課題

- 課題1：在宅患者から救急要請後、救急隊や病院の医師から、かかりつけの在宅医へ連絡ができない場合がある
- 課題2：在宅患者本人が希望している看取り場所やかかりつけの在宅医が看取り対応をしているかが救急隊や病院の医師ではわからない。
- 課題3：不搬送時、救急隊から引継ぎをする相手は医師が原則だが、かかりつけの在宅医がすぐに駆け付けられない場合がある。
- 課題4：警察への連絡や死体検案となる件数を減らす方法を考えるため、まずは在宅患者の搬送件数実態調査を行い、実態を把握する必要があるか検討する。

検討会開催日程

- 【平成29年度】
- ・H30.2.第1回：検討会設置
- ・H30.3.第2回：ルール・方針検討
- 【平成30年度】
- ・H30.5.第1回：緊急連絡先活用の検討
- ・H30.10.第2回：途中経過検討
- ・H31.3.第3回：警察初参加

緊急連絡先活用試行

- ・6月下旬：医師会(在宅医療委員会)へ依頼
- ・7月下旬：市内3病院へ依頼
- ・8月1日試行開始(～10月31日まで)
- ・9月21日医師会(在宅医療委員会)途中・意見聴取
- ・10月31日試行の継続決定
- ・平成31年3月11日 試行終了予定 ※3月11日会議で試行継続決定

(1) 取組の背景

横須賀市は、平成7年から全市的な人口減少傾向にあり、一方、平成12年以降、老年人口が年少人口を上回り高齢化が進展している。2025年には65歳以上人口の割合は約32%、75歳以上人口は約20%に達する見込みである。また、それに伴い年間死亡者数も約5900人（1300人増）と増加が予測されている。多くの市民が在宅での療養や看取りを希望しているが、実際には約60%の市民が病院で死亡しているのが現状である。

横須賀市は医療・介護資源は全国平均かそれをやや下回る水準にあるものの、横須賀市（地域医療推進課）は早期から在宅医療や多職種連携に取り組んで来た。横須賀市医師会も、一方では行政と協働し、また他方では医師会独自の事業を進めて来た結果、自宅死亡率（平成26年22.9%）が、人口20万人以上の都市で全国トップとなった。

横須賀市と市医師会は、「在宅療養連携会議と3ワーキングチーム」の活動を基軸に、車の両輪となって活動することで、市内関係者による在宅医療・介護連携の活動は深化・進展したと言える。しかし、活動の進展により、新たな課題が表出することになり、より密な連携、効果的な協働が求められることになる。それが、在宅医療と救急医療連携であり、また、延命治療・終末期医療に対する意思決定支援の問題である。

(2) 検討開始

①在宅医療・介護連携の推進体制と経緯

●横須賀市が在宅療養連携推進に取り組んだ理由（課題認識）

平成22年当時：がん患者が退院して自宅に帰ってから途方暮れるようなケースが増加。退院後にも安心できるような体制づくりが必要ではないか。最期まで自宅暮らすことができる地域医療の体制「在宅療養・看取りの体制づくり」へ向かう。

【平成23（2011）年度】事業着手

- 医療・介護の関係職種ヒアリング
- 「在宅療養連携会議」の設置（年4回開催）
テーマ：在宅療養現場における課題の抽出と解決策の検討

【平成24（2012）年度】事業展開プロセスの確立

- 「在宅療養連携会議」にワーキングチームを設置：解決策の具体化を検討
全体会議（年4回開催）
WT（年4～5回開催）：広報啓発WT、連携手法WT、研修・セミナーWT
- 「WTで事業を企画 ⇒ 全体会議で承認 ⇒ 市が事業実施」という取組みの展開プロセスがほぼ確立

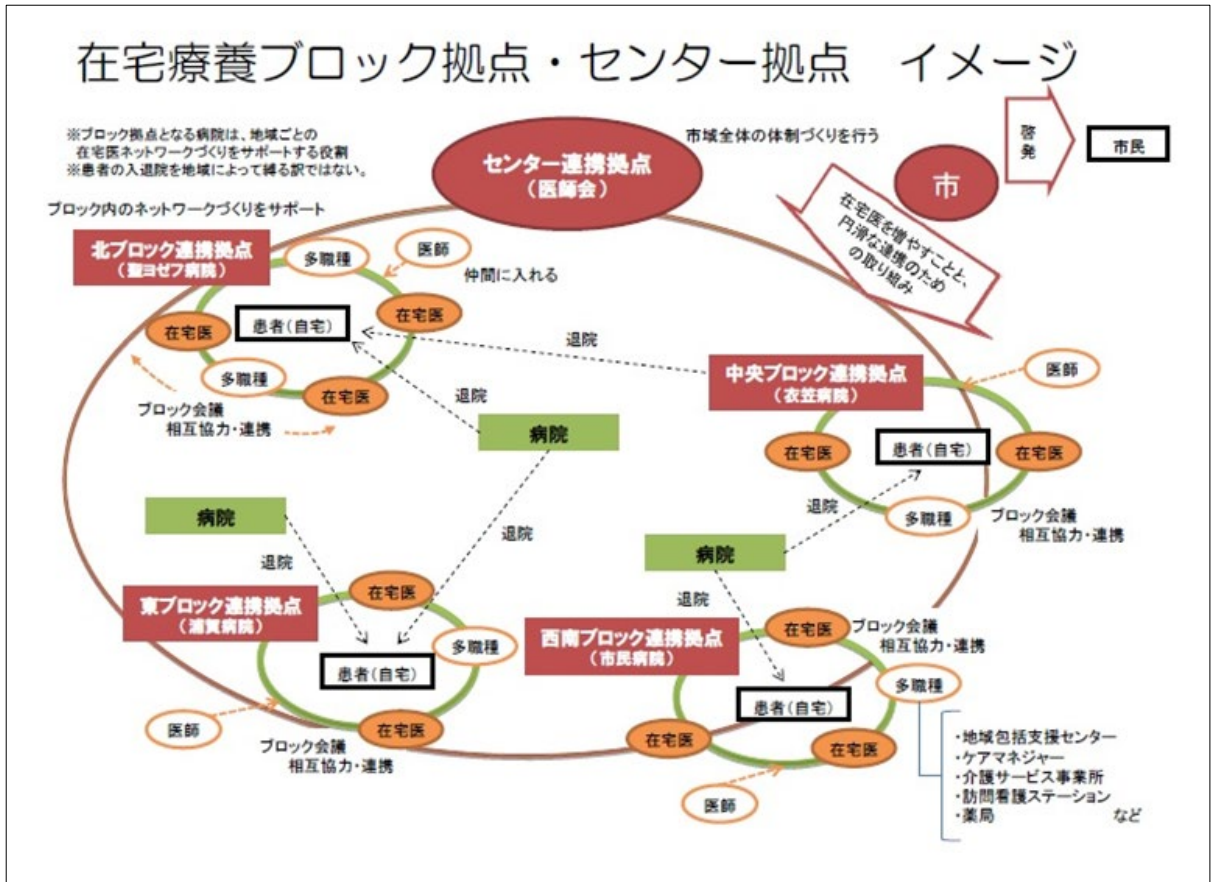
【平成25（2013）年度】ブロック拠点体制の整備

- 拠点体制の整備について、市と市医師会が検討
センター連携拠点（医師会）と4つのブロック拠点（総合病院）を設置
拠点を事務局として、地域の開業医のネットワーク作りに着手
- 医師会においても独自事業を展開

【平成 26（2014）年度以降】PDCA サイクルによる継続的見直しと実践

○継続的に「課題抽出 ⇒ 解決策検討 ⇒ 事業の具体化・実施」のプロセスにより、各種事業を継続展開

【横須賀市在宅療養ブロック拠点センター連携拠点体制図】（横須賀市在宅療養連携会議資料より）



【4ブロックの対象エリア】

（横須賀市医師会『在宅医療ハンドブック』より）



②在宅療養・在宅看取りの選択肢を実現する施策の検討と実施

○市民啓発のための取り組み

・まちづくり出前トーク（平成 24 年度～）

市職員が地域に出向き、人生の最終段階の医療などについて話し、市民に考えてもらうきっかけ作りをする。

・在宅療養ガイドブックの作成・配布（平成 26 年 3 月初版発行）

市民が、在宅療養や在宅看取りをイメージできる情報を盛り込む。「Vol1.最期までおうちで暮らそう」と「Vol2.ときどき入院・入所 ほぼ在宅」

・「横須賀版リビング・ウィル」の作成（平成 30 年 1 月発行）

元気なうちに、人生の最終段階における医療のことを考えるきっかけにして欲しい。

自分の希望について、家族などに伝えるきっかけにして欲しい。

そのためのツールとして作成し、あえて簡単で分かり易い内容にした

※配布も説明を加えての手渡しになるよう配慮している。

③在宅医療・救急医療連携のための検討・推進組織

○会議体「在宅医療・救急医療連携における検討会」（平成 29 年 2 月～現在、市主催）

検討会の概要

- ・目的：高齢者の救急搬送が増加するなかで、在宅で最期まで療養することを希望している患者が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されている。在宅医療関係者や消防機関、救急医療機関、警察関係者との間で、患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する意思などの患者情報を共有し、在宅医療・救急医療連携における関係職種間で、共通認識を持てるように連携体制を構築する。
- ・内容：①各現場における課題を抽出・分析し、その課題解決に向けて基本的な対策を検討するとともに、連携体制構築のための連携ルール作りに取り組む。
 - ②関係職種への連携ルールの周知を行う。
 - ③連携ルール運用後、必要に応じて見直す。
- ・構成メンバー（21 名）：在宅医 3 名（横須賀市市医師会推薦医師）、救急医療担当医師 6 名（市内 3 病院）、神奈川県警 6 名（市内警察署 3+県警本部 1）、市消防局救急課 2 名、市健康部地域医療推進課 3 名、医師会 1 名
- ・開催頻度：年 3 回程度 ※必要に応じて開催

検討会設置の発端（きっかけ）

- 平成 29 年 10 月 厚生労働省主催「在宅医療・救急医療連携セミナー」への聴講参加
 - ・当該セミナーでは、在宅医療関係者・救急医療関係者・自治体の 3 名参加が条件のため、市医師会・市消防局・市地域医療推進課のメンバーで参加し、研修内容を地域に持ち帰り、ルール作成を進めることが研修課題であったため、本検討会の開催の 1 つのきっかけとなった。
 - ・市医師会の在宅療養委員会では、既に救急医療や警察機関との話し合いの場もあったため、検討会参加を呼び掛けることになった。

これまでの開催実績

【平成 29 年度】

○下打合せ 平成 29 年 12 月（出席 9 名）

1. 構成員の顔合わせ
2. 意見聴取

○第 1 回 平成 30 年 2 月（出席 16 名）

1. 検討課題・協議の進め方の確認
2. 具体的なルールの検討

○第 2 回 平成 30 年 3 月（出席 12 名）

1. 具体的なルールの検討
 - ・在宅患者における終末期の救急搬送を前提として検討
2. 今後の方針の確認
 - ・在宅医に対する調査について
 - ・在宅患者全員へのリンクパスポートの普及について
 - ・在宅患者の救急搬送時におけるフローチャート作成と課題の抽出

【平成 30 年度】

○第 1 回 平成 30 年 5 月（出席 12 名）：

1. 在宅医療・救急連携事業「在宅医療緊急連絡先活用試行」について事前確認
 - ・在宅医の緊急連絡先の各病院での取り扱いについて
 - ・救急隊の緊急連絡先の提供について
 - ・人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での対応について

○第 2 回 平成 30 年 10 月（出席 13 名）：

1. 在宅医療・救急連携事業「在宅医療緊急連絡先活用試行」の経過報告
2. 試行における課題抽出と今後の方針確認
 - ・試行の継続実施
 - ・次回検討会に各警察署からの参加を依頼

○第 3 回 平成 31 年 3 月（出席 17 名）※警察初参加

1. 在宅医療・救急連携事業「在宅医療緊急連絡先活用試行」の経過報告・意見交換
 - ・「死体検案」と「死体検視」について
 - ・施設における救急搬送について
2. 警察との連携について情報・意見交換
 - ・警察への連絡基準や引継ぎ方法等
3. 今後の方針確認
 - ・試行の継続実施

検討会の検討内容

○検討課題 ※在宅患者における終末期の救急搬送を前提として検討

課題 1:在宅患者から救急要請後、救急隊や病院の医師から、かかりつけの在宅医へ連絡ができない場合がある

課題 2:在宅患者本人が希望している看取り場所やかかりつけの在宅医が看取り対応をしているかどうかは、救急隊や病院の医師ではわからない。

課題 3:不搬送時、救急隊から引継ぎをする相手は、医師が原則だが、かかりつけの在宅医がすぐに駆け付けられない場合がある。

課題 4:警察への連絡や死体検案となる件数を減らす方法を考えるため、まずは在宅患者の搬送件数実態調査を行い、実態を把握する必要があるか検討する。

「在宅医緊急連絡先活用試行」の経緯

平成 30 年 6 月下旬 横須賀市医師会（在宅医療委員会）へ依頼

7 月下旬 市内 3 病院への依頼

8 月 1 日 試行開始（～10 月 31 日まで）

9 月 21 日 横須賀市医師会在宅医療委員会 途中・意見聴取

10 月 31 日 平成 30 年度第 2 回検討会で試行の継続決定

平成 31 年 3 月 11 日 試行終了予定 ※3 月 11 日会議で試行継続決定

(3) 「横須賀版リビング・ウィル」の周知

①シンポジウム・説明会後の配布（横須賀市）

横須賀市では、冊子「横須賀版リビング・ウィル」は、市の Web サイトの公開・配布は行っておらず、基本的な考え方や留意点などの一定の説明を行ったうえで配布することを前提とする。

○まちづくり出前トーク

・地域住民の要望によって、市職員が出向いて施策説明等を行う「まちづくり出前トーク」では、150 を超えるテーマ設定があるが、そのうち「地域医療推進課」が担当するテーマは以下の 3 件である。いずれのテーマでも、「横須賀版リビング・ウィル」の考え方や活用法に触れる内容として、参加者に説明 & 意見交換を経て配布を行うことにしている。

・ちなみに、平成 30 年度 4 月～10 月の申込状況は、**3 テーマに対し 16 団体（参加者約 392 名）**となっている。

「上手な医者のかかり方（かかりつけ医を持とう）」

「最期の医療あなたはどうしますか？（在宅療養、在宅看取りについて等）」

「リビング・ウィル（最期の医療の意思表示）について」

○在宅療養シンポジウム

・横須賀市では、在宅療養・在宅看取り等をテーマにした市民対象の「在宅療養シンポジウム」を定員 400 人規模の会場で、年 1 回定期開催している。

②医師会を始めとする医療・介護施設での配布

・配架配布ではなく、原則として説明することを前提に、市が配布を依頼している。冊子「横須賀版リビング・ウィル」の趣旨や活用上の留意点等を適切に説明できる者であれば、職種の指定や限定はしていない。

(4) 取組の成果

① 「在宅医療・救急医療連携における検討会」について

課題整理とルール作りの議論を始めたところで、まだ具体的な成果を得るところまで至っていない。ただ、在宅医療、救急医療、消防、警察、行政の5者が同じテーブルで議論することが相互理解に繋がり、今後の連携体制の構築や共通ルール作りがスムーズに展開することが期待できる。

② 「横須賀版リビング・ウィル」について

こちらも配布が始まったばかりで、何部、市民に届いている把握していない。また、本冊子の主旨・内容からしても、数値的・短期的な成果・効果を測定することは想定していない。

今後について

(1) 今後の課題

- ①在宅・施設、看取りの数だけ増えれば良いわけではない。看取りの質の維持・向上どうするか？
- ②横須賀市医師会員の市内在住率約4割という事実があるなかで、休日夜間急変時の対応をどうするか？

(2) 課題解決のための取組み案

- ①かかりつけ医のスキルアップ
- ②医師相互の得意分野の相互連携
- ③在宅医と訪問看護師などの連携と相互サポート体制の進化
- ④在宅医療専門診療所との連携の是非
- ⑤在宅医による休日夜間対応ネットワークの構築

出典: 下記 Web サイトや資料から抜粋・要約

横須賀市ホームページ 『在宅療養連携推進』

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku.html>

横須賀市『横須賀市における在宅医療・介護連携推進の取り組み』(埼玉県立大学 地域包括ケアセミナーでの発表資料)

https://www.spu.ac.jp/Portals/0/News%20file/sangaku/kenkyu/20180727seminar_2%20.pdf

一般社団法人横須賀市医師会ホームページ 『在宅医療(かもめ広場)』

<https://www.yokosukashi-med.or.jp/zaitaku>

その他、横須賀市からの受領資料

工程表

期間	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度～29年度	平成30年度～
ステージ	事業着手	事業展開プロセスの確立	ブロック拠点体制の整備	PDCAサイクルによる継続的見直しと実践	新たな課題への取組み
【行政】 横須賀市	「在宅療養連携会議」(年4回開催)				
	○医療介護職種ヒアリング：課題抽出と解決策の検討	○ワーキングチーム設置：広報啓発、連携手法、研修・セミナーの3WT ※「WTで事業を企画⇒全体会議で承認⇒市が事業実施」の確立	○センター連携拠点(医師会)と4つのブロック拠点(総合病院)を設置(市と医師会の協働) ※開業医ネットワークづくりに着手	○継続的に「課題抽出⇒解決策検討⇒事業の具体化・実施」のプロセスにより、各種事業を継続展開	○看取りの質の維持・向上 休日・夜間急変時対応 ・担当者会議ルール検討 ・在宅医療・救急医療の連携
【医師会】 横須賀市医師会	在宅医療連携拠点「かもめ広場」運営				
	○在宅医療連携窓口づくりと看取り連携	○在宅医療連携拠点事業に参加	○市委託「在宅医療連携事業」の実施	○10病院長会議 ○在宅医療委員会(年5回程度)H26～ ○情報共有「かもめネット」活用H26～(市委託事業)	
救急医療関連	○よこすかリンクバスポート導入(医師会)			○よこすか安心カード配布H28.3～	
				「在宅医療・救急医療連携における検討会」	
在宅看取り関連	○在宅療養シンポジウム開催	○まちづくり出前トーク実施	○在宅療養ガイドブックVol.1配布H26.3～	○退院前カンファレンスシート策定・活用H26.6～	○冊子「横須賀版リビングウィル」配布H30.1～
		○在宅医療街角出前講座		○在宅患者入院支援システム(バックベッドシステム)の運用H26.7～	

横須賀市：平成23年度～31年度在宅療養連携推進事業一覧

平成30年11月9日
在宅療養連携会議
第3回全体会議 資料8

平成23年度～31年度 在宅療養連携推進事業一覧

No.	目的	事業名	担当部署 事業項目	事業概要	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	
1	多職種連携 の推進	在宅療養連携会議	イ	医療・福祉・行政関係者による委員会と、具体策を協議する専門部会を開催する。										
2		多職種合同研修会 (28年度からセンター連携拠点事業)	カ	医療・福祉関係者が一堂に会した研修会を開催し、相互交流を促進する。										
3		ブロック別多職種合同研修会 (ブロック連携拠点事業)	カ	ブロック別に医療・福祉関係者が一堂に会した研修会を開催し、相互交流を促進する。										
4		在宅患者情報共有システムの選定・普及 (センター連携拠点事業)	エ	在宅療養における多職種の連携ツールとして、既存の患者情報共有システムを選定し、関係者への普及を図る。										
5		よこすかエチケット集活用・改正	ウ、エ	多職種連携に役立つエチケット、マナー、ルールをまとめ、エチケット集を作成し、活用する。										
6		担当部署間ルールについて検討	ウ、エ	在宅療養に関わる多職種連携がスムーズに推進されるよう、担当部署間の関係ルール等について検討する。										
7	拠点づくり	ブロック連携拠点の設置	ウ、オ、カ	市内を4ブロックに分け、在宅療養に取り組む診療所の相互協力体制の構築や、地域内の多職種の連携、連携推進を図り、在宅療養についての市民への情報提供等を行う。										
8		センター連携拠点の設置	ア、ウ、エ、オ、カ、ク	ブロック連携拠点間の調整や、全市的な研修事業、情報共有システムの構築などを行う。										
9		在宅医レポート版の設置	ウ、オ	ブロックにおける在宅医研修導入策の開始およびレポートについて、拠点と幹事医師が中心となって運営する。(平成29年度は東ブロック「黒船村」と西ブロック「在宅医検索ネットワーク」対象、パイロットスタジアム)										
10	診療連携の 推進	ブロック会議の開催 (ブロック連携拠点事業)	イ、ウ、エ、カ	在宅医療の診療連携、連携推進を目的として、ブロック内の関係者、市内の病院関係者等をメンバーとしたブロック会議を開催する。										
11		在宅医相互協力体制の構築 (ブロック連携拠点事業)	イ、ウ、エ、オ、カ	ブロック内で在宅医の相互協力体制について検討、構築の上、運用する。										
12	病院連携の 推進	退院前カンファレンスシートの活用	ウ、エ	退院から在宅への移行を円滑に進めるため作成した退院前カンファレンスシートを活用する。										
13		退院調整ルールの活用	ウ、エ	退院から在宅への「切れ目のない対応」を全市的に実施するため、退院調整のルールを確立し、活用する。										
14		在宅患者病院登録制度の運用 (センター連携拠点事業)	ウ、エ	在宅療養推進のための一時的な入院費受入制度を継続・運用する。										
15		病院員会議 (センター連携拠点事業)	イ、ウ	在宅療養推進のための病院連携を目的に、後方支援関係に関する協議等を行う。										
16		病院医師在宅医費用対簿 (センター連携拠点事業)	ウ、カ	病院勤務医師が退院させた患者の訪問診療に同行して共同診療を行うことにより、在宅医療の認識を深めてもらう。										
17		受診情報システムの構築・運用 (センター連携拠点事業)	ウ、エ	在宅患者が入院治療を必要とした場合の受入病床の空き状況情報を在宅医等が共有できるシステムを構築・運用する。										
18	在宅医療・救急医療連携における検討会	イ、エ	長期まで在宅療養を希望している患者の救急搬送について、在宅医療、救急医療関係者で共通認識を持つよう連携体制を構築する。											
19	市民啓発	在宅療養シンポジウム	キ	一般市民を対象としたシンポジウムを開催し、市民に在宅療養という選択観を喚起してもらう。										
20		まちづくり出前トーク	キ	地域医療推進協議員が地域に出向き、前米野診療所やかかりつけ医、リビング・ウィル等について出前トークを行い、市民が考えるきっかけとしてもらう。										
21		在宅医療出前講座 (センター連携拠点事業・旧拠点事業)	キ	在宅医療が地域に出向き、在宅医療の現状などについて、講義を行い、市民の理解を深めてもらう。										
22		在宅医療資源MAPの作成・更新	ア、ウ、エ、キ	在宅医療に対応する医療機関を、市ホームページや市民便利帳などで紹介し、随時情報の更新を行う。										
23		啓発冊子第1弾の配布・活用・改正	キ	増補	在宅療養とはどのようなものか、医療保険制度・介護保険制度を交えて平易に解説するガイドブックを配布・活用する。									
24		啓発冊子第2弾の配布・活用・改正	キ	増補	在宅療養の中で活用が可能な、各種施設サービスを平易に解説するガイドブックを作成・配布する。									
25	リビング・ウィルの普及	キ	キ	人体の最終段階における医療について、市民が具体的に考える資料として、後援費返りリビング・ウィルを普及させる。										
26	人材育成	動機づけ多職種連携研修	カ	協賛団体が推薦した受講者に、東京大学が開発したプログラムによる在宅療養の体系的研修を実施する。										
27		関係者対象の在宅医療セミナー	カ	関係者を対象に、在宅医療に取り組む契機となる研修を実施する。										
28		病院職員対象の在宅医療出前セミナー	カ	円滑な診療連携を目的に、主として病院勤務医を対象に、在宅医療の理解を深めるセミナーを病院内で実施する。										
29		ケアマネ・ヘルパー対象の医療セミナー	カ	ケアマネ・ヘルパーが、在宅医療の基礎知識を習得し、医師・看護師との連携の円滑化を図る。										
30		在宅医同行研修	カ	ベテラン在宅医に医師が同行し、在宅医療現場を体験することにより、在宅医療参入への動機づけを図る。										
31		かかりつけ医セミナー (多職種連携のためのセミナー)	カ	協賛	在宅医療の増加を目的に、多職種連携を推進するためのセミナーを実施する(№.25を参加しやすいつ形に変更)。									
32	二次医療圏の 連携	4市1町担当部署会議の設置	ク	二次医療圏における在宅医療・介護連携の推進のための、担当部署会議を開催する。										

千葉県柏市：柏市役所

地域概要

千葉県の北西部に位置し、東京都心から約 30 キロの距離にあり、東京のベッドタウンとして高度経済成長期に急激に人口が増加し、現在は約 42 万人の中核市である。

隣接する市は、東に我孫子市・印西市、利根川を挟んで茨城県取手市・守谷市、南に鎌ヶ谷市・白井市、西に松戸市・流山市、北に野田市となっている。

地勢は概ね平坦で、下総台地の広い台地上を中心に、市街地や里山が形成されている。また、大堀川、大津川、金山落などの川沿いや、手賀沼や利根川沿いに分布している低地では干拓事業や治水事業などが進められ、まとまった農地等となっている。

手賀沼や利根川に代表される自然と、市の中央部にある J R 柏駅周辺を中心とした商業施設による賑わいが折り重なっている都市であり、2006 年にはつくばエクスプレスが開業し、柏の葉キャンパス駅エリアにおいては、東京大学や千葉大学を中心とした先進的な学術の街としての注目も集まっている。



人口・面積

- 人口： 424,322 人 (2018 年 10 月 1 日現在)
- 面積： 114.74 km²

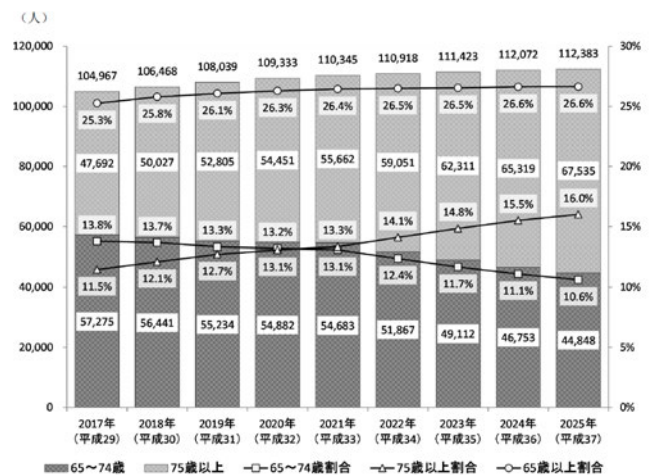
地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

柏市の高齢者人口 106,146 人、高齢化率は 25.3% で、同時期の千葉県平均 26.4% より下回るものの、特に後期高齢者が増加すると予測される。(平成 30 年 4 月 1 日現在)。

(出典「第 7 期柏市高齢者いきいきプラン 21」)

第 1 号被保険者の要介護認定率は 15.31%、訪問診療実施率 12.2% (H26.厚労省特別集計)、看取り実施率 4.1% (H26.同上)、自宅死の割合は 15.0% (H28.厚労省特別集計) となっている。



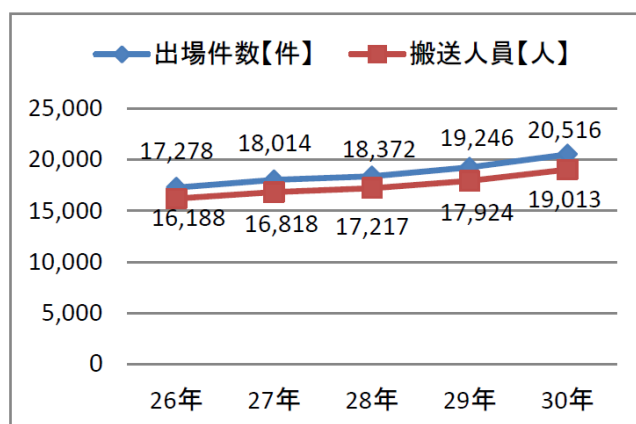
○地域医療資源（施設数）

- 医師数 949（人口 10 万人あたり 229.25、全国平均 237.28）
- 一般診療所 216（人口 10 万人あたり 52.18、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 34（人口 10 万人あたり 8.21、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 97（人口 10 万人あたり 23.43、全国平均 73.57）
- 病院 18（人口 10 万人あたり 4.35、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0、全国平均 1.07）、病院病床数 4,857（人口 10 万人あたり 1,173.32、全国平均 1,201.30）
- 歯科 209（人口 10 万人あたり 50.49、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 49（人口 10 万人あたり 11.84、全国平均 8.75）
- 薬局 144（人口 10 万人あたり 34.79、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 47（人口 10 万人あたり 11.35、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（柏市消防局の管轄区域：柏市の 114.74 km²）

- 消防局数 1 消防署数 4（他に分署 7、指令センター 1、消防団器具置場 42）、職員定数 502 人、高規格救急自動車 12 台
- 平成 30 年救急出動件数 20,516 件（5 年前の 1.19 倍）、搬送人員 19,013 人（同 1.17 倍）
- 平成 29 年救急出動件数 19,246 件のうちの急病出動件数 12,491 件、急病搬送人員 11,779 人
- 平成 29 年搬送人員 17,924 人の傷病程度別の内訳：死亡 130 人（0.7%）、重症 1,538 人（8.6%）、中等症 8,098 人（45.2%）、軽症 8,158 人（45.5%）
- 平成 30 年搬送人員 17,924 人の年齢別の内訳：新生児 55 人（0.3%）、乳幼児 954 人（5.3%）、少年 797 人（4.4%）、成人 6,030 人（33.6%）、高齢者 10,088 人（56.3%）



出典「柏市消防年報平成 30 年（2018 年）版」および「平成 30 年救急概況」より抜粋

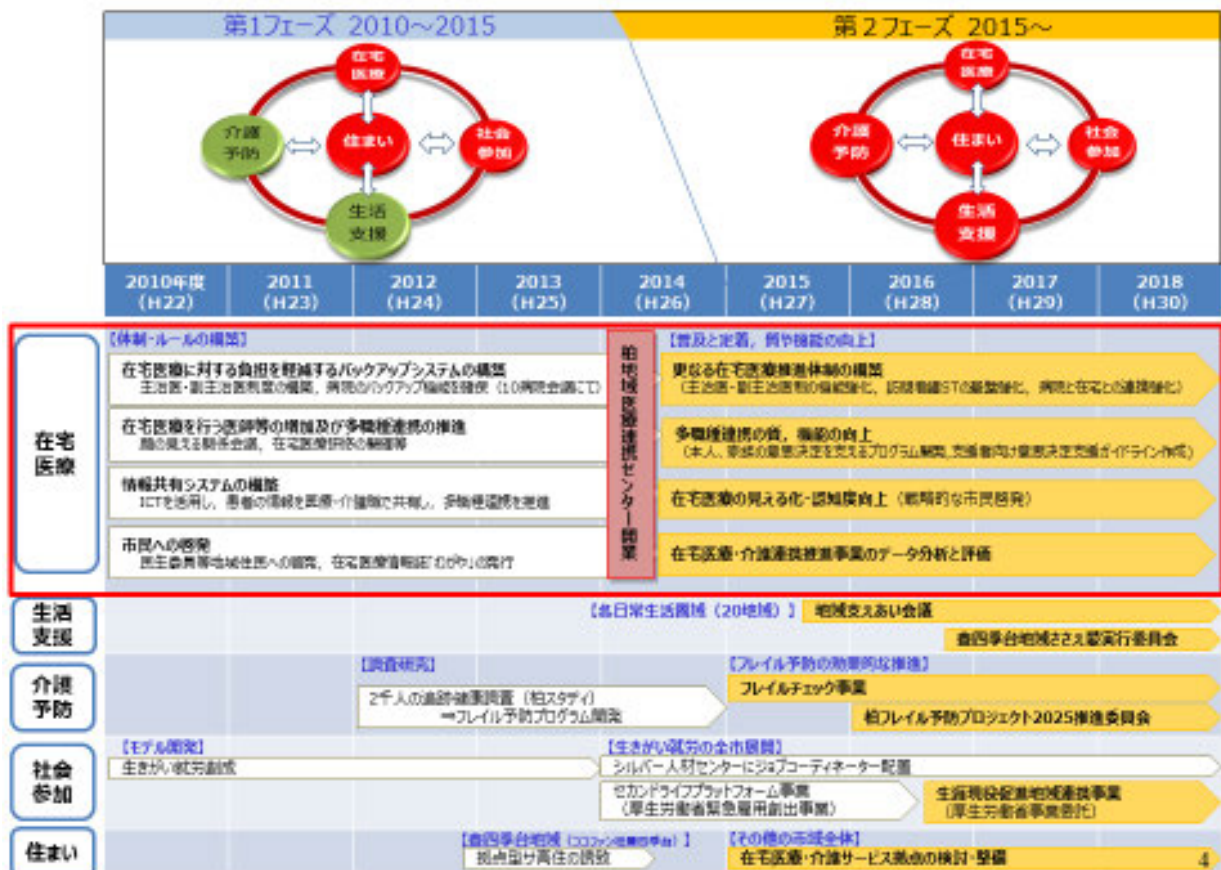
事例の概要

柏市では、2010年から在宅医療を推進するためのプロジェクトを立ち上げ、在宅医療・介護多職種連携の取り組みを行ってきた。この取り組みは全国のモデルとなり、2015年度の介護保険法の改正にも大きな影響を与えることとなった。

柏市の取り組みは、取り組み開始当初、既に高齢化率40%を上回る地域として、1964年に当時の日本住宅公団（UR都市機構）が約4,700戸規模で建設した豊四季台団地が、十数年後の大都市近郊の姿を表わしていたということから始まっている。UR都市機構による豊四季台団地の建替え事業を契機とし、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構の三者は、身近に迫る超高齢・長寿社会に対応した「新たなまちづくり」を進めるために、産学官一体で取り組むべく、2009年6月に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」（以下、研究会）を発足した。2010年5月には協定を締結、三者が目指すもの・コンセプトを「住み慣れた場所で自分らしく老いることができるまちづくり：Aging in place」の提案と実践とし、まちづくりの方針（あるべき姿）として、「いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち」「いつまでも元気で活躍できるまち」を掲げ、これらを実現するために在宅医療を中心とした、地域包括ケアシステムの具現化を図ることとした。

このような取り組みが進められる中で、高齢化の進展に伴う救急需要の増大から、在宅医療と救急医療が連携した取り組みの必要性が救急医療現場より問題提起された。今までの在宅医療・介護連携の取り組みの土台を活用し、多職種連携をベースとし、課題解決に向けた具体的な取り組みを開始することになった。

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会（三者研） これまでの取組



取組みの紹介

(1) 取組みの背景

柏市における取組みは、2010年より開始し、最初の5年間（第1フェーズ）で在宅医療・介護連携の体制・ルールの構築を主眼に置き、在宅医療のシステム構築と医療と介護の連携強化を進めた。

当初の課題認識	目指したもの	5つの取組み
<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の24時間356日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感もあり、そもそも在宅で診療を行う医師が少ない ● 医療職・介護職それぞれがサービスを提供しているため、連携に乏しい ● 患者・家族は、そもそも入院以外に「在宅医療」という選択肢があることを知らない場合が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療が必要な患者を一部の医師により「点」で支えるのではなく、市域全体をカバーすることによって「面」への広がりを持たせる ● 医療職・介護職等の「多職種が連携」することにより、安心して質の高いチームケアを提供することができる体制の構築 ● 市民に「在宅医療の必要性・重要性」を理解してもらう 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築 ⇒主治医・副主治医制の構築、病院のバックアップ体制の確保 2. 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進 ⇒在宅医療研修、顔の見える関係会議 3. 情報共有システムの構築 ⇒クラウドを使い、関係職種同士がリアルタイムに患者の情報を共有 4. 市民への啓発、相談・支援 ⇒地域への啓発活動、在宅医療情報紙「わがや」発行 5. 上記を実現する中核拠点（地域医療拠点）の設置 ⇒H26年4月に柏地域医療連携センターを開設

◆水平連携

【診診連携】主治医・副主治医制（医師会）：

（かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ）

【多職種連携】情報共有システムの利活用（医師会・多職種・柏市）

【多職種連携】在宅医療多職種連携研修会の開催（医師会・多職種・柏市）

◆垂直連携

【病診連携】急性増悪時等における病院のバックアップ体制確保（医師会・病院・柏市）

【病診連携】「病院と在宅のさらなる連携強化に向けた研修会」開催（医師会・病院・柏市）

◆連携窓口：中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置

在宅医療については、2015年以降は第2フェーズに移行し、第1フェーズで構築した体制・ルールの上なる質・機能の向上や普及・定着、多職種連携の質・機能の向上を目的に、取組みの充実を図っている。

2011年度より毎年開催している病院連絡会議（市内救急告示病院及び災害拠点病院・国立がん研究センター東病院・東京慈恵会医科大学附属柏病院の12病院の院長先生が集まる会議）では、在宅医療、救急医療、小児救急体制、災害医療について協議および情報共有を行っている。

2014年度の病院連絡会議にて、三次救急医療を担う病院医師より、高齢者施設から次々に搬送される高齢者の実情から、高齢者の意思決定支援の必要性や、救急医療と在宅医療が連携した取組みの必要性について問題提起されたことにより、現状や課題の把握、具体的な対策の検討を進めることとなった。

【※柏市の現状と背景】

●救急搬送の現状

年間出場件数・搬送人員は年々増加傾向、現着時間は延伸傾向にあり、傷病程度別では軽症割合は減少・中等症割合微増、年齢別は高齢者が半数を占めている。

●高齢者の「住まい」の状況変化

医療職不在のサービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホームが増加している。

【※医療と介護の現状の把握】

●救命救急センターに次々と運び込まれる看取り期の高齢者施設の入所者

⇒本人の意思確認はどうなっているのだろうか？

●施設へのヒアリングの結果、入所時に意向確認はされている現状

⇒医療との連携が十分でなく、介護職が判断することへの不安が大きい実態

●市民は人生の最終段階の医療の選択について考える機会がない

⇒在宅であっても施設であっても、市民への啓発と意向確認が重要である

このような状況を踏まえて、柏市では、医師会・介護サービス事業者・消防局・行政が協働した取組みを行う必要があると考え、意見交換を行う会議の場を設定した。この場で、現状を共有し、課題を明らかにした上で、今までの医療・介護連携の体制を基盤とした取組みを行うこととなった。

(2) 取組み内容

① 実態の把握

1. 高齢者の入所施設へのアンケート調査実施（2015 年度）

「入所者の延命処置に関する意向確認の状況調査」として、市内の高齢者の入所施設（特養、老健、グループホーム、サ高住、有料）を対象に調査を行った。

2. 各入所施設へのヒアリング実施（2016 年度・2017 年度）

柏市および柏市消防局にて、各施設を巡回し、施設における意向確認の現状と課題、医療との連携体制の現状、今後の取組みへの意見を聴取した。

3. 救急隊員へのアンケート調査を実施（2017.12 月）

【◆目的】

高齢者の増加に伴い、在宅療養中の自宅や高齢者の入所施設からの救急要請が増加し、複雑化している状況がある。今後、本人や家族の意向を尊重した形での看取り体制を検討するにあたり、救急現場での現状を把握するために調査を実施した。

※参考文献:「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及び DNAR 対応に関する研究」研究代表者:北九州市立八幡病院救命救急センター伊藤重彦(平成 29 年 3 月)

【◆調査方法】

- 救急隊員 107 名に庁内 PC を活用して実施（回収率 100%）

【◆調査項目】

- DNAR 事案への出動経験、病院到着前に DNAR と判明した時の対応
- CPA 傷病者・DNAR 傷病者の処置への拒否経験と対応方法
- DNAR 傷病者の搬送困難な事案の有無
- 高齢者の救急搬送についての改善希望、柏市の取組みへの意見・提案

【◆連携のポイント】

- 消防局救急課との綿密な協議・目的の共有化、発信は救急課から行う
- 消防局内の合意形成のために、救急課長が各所属長に事前説明を丁寧に行う

【◆結果】

救急隊員への調査の結果、柏市の救急搬送の課題が浮き彫りになった。

- 救急隊員の 9 割が DNAR 事案への出動経験があった
- 医療との連携、家族への対応に苦慮している実情が判明した

②課題の共有

顔の見える関係会議

柏市の取組みの象徴のひとつである「顔の見える関係会議」は、在宅医療に関わるさまざまなテーマに沿って、多職種が一堂に会しワークショップを行い、医療と介護等の多職種がお互いの立場や役割、視点、考え方の違いに気づき、理解を深め合うことで、顔の見える関係を築き、連携体制を構築する場となっている。

◆テーマ「高齢者の救急搬送の現状と課題」：2016年11月市内3エリアにて開催

参加者：385名

【参加者アンケート（一部抜粋）】

- ・ 専門職だけでなく市民への啓発も大切であり、救急車を呼ぶ意味を今一度考える必要がある
- ・ 救急のテーマについては、これからも色々な立場の方が一緒に話し合っていかなければいけないと実感した。

◆テーマ「人生の最終段階における意思決定支援」2017年2月開催

参加者：156名

【成果】

- ・ 多職種がチームとなり人生の最終段階の意思決定支援を行う必要性を共有し柏モデルにおける意思決定支援ガイドラインの構築に向けた提案が示された

★成果物★ガイドラインの目次出し



グループワークの様子

③検討の場の設置

1. 高齢者の救急搬送に係る意見交換会

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、救急搬送に関する課題を共有し、相互理解を深め、課題解決に向けた方策を検討する場として設置した。

(1) 第1回目：2016年開催

施設における意向確認の難しさ、本人や家族への説明・対応時の介護職の限界、多様な施設形態があるが救急隊員や医療職の理解が十分でないという現状を共有した。

⇒【対応策】さまざまな施設種別の周知と理解を得ていくこと、統一したマニュアルや様式の検討、医療と介護施設との連携推進

(2) 第2回目：2017年開催

医療・介護・行政・救急、それぞれの課題を再整理し、今後の取組みの骨子を共有した。

柏市における意思決定支援について検討する新たな場の設置について検討することとなった。

2. 意思決定支援検討ワーキング・グループ

人生の最終段階において、本人や家族の意向を尊重した形の看取り体制を構築するために、取組みの具現化を図り、柏市におけるルールづくりを検討する場として新たに設置した。

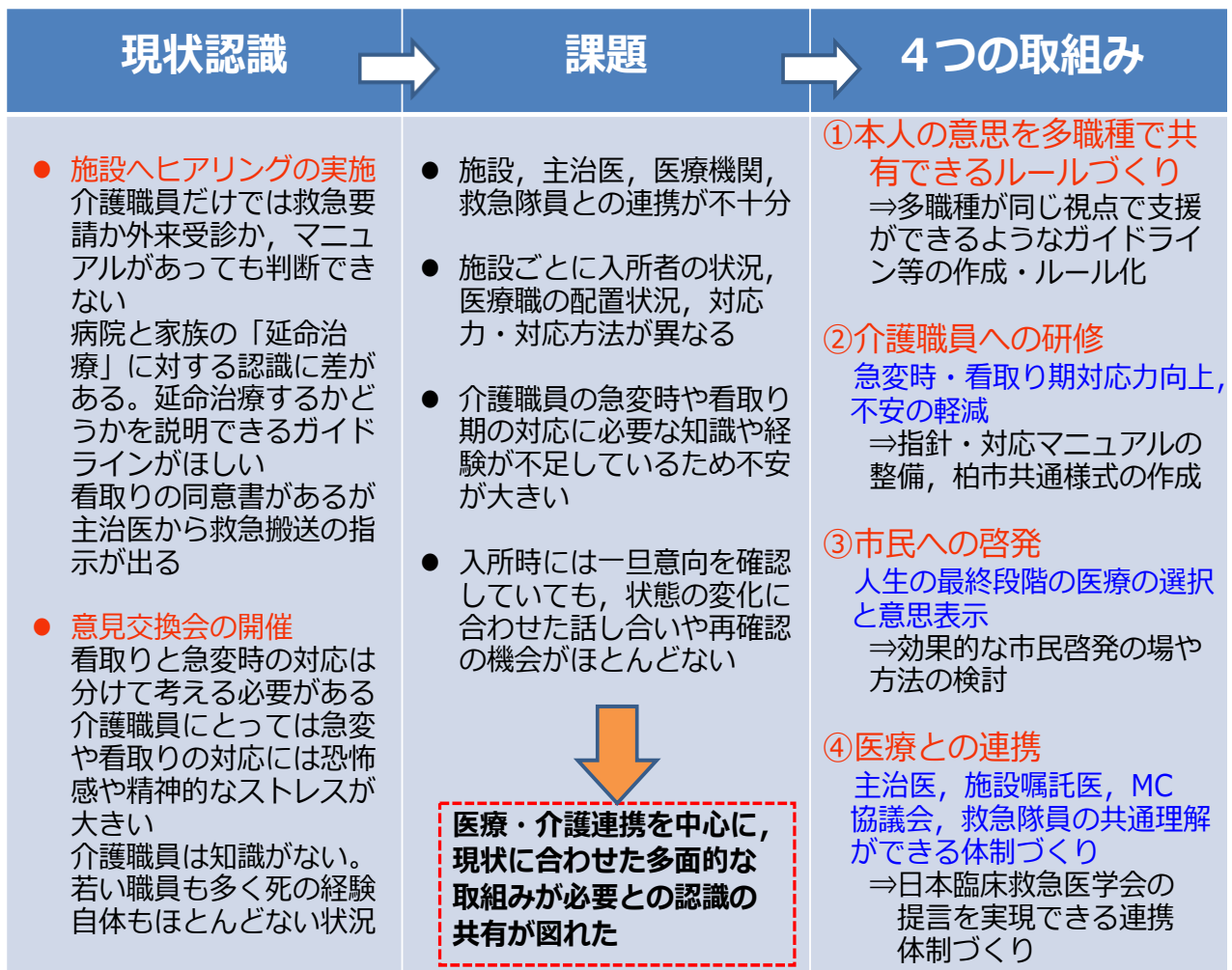
【◆論点】

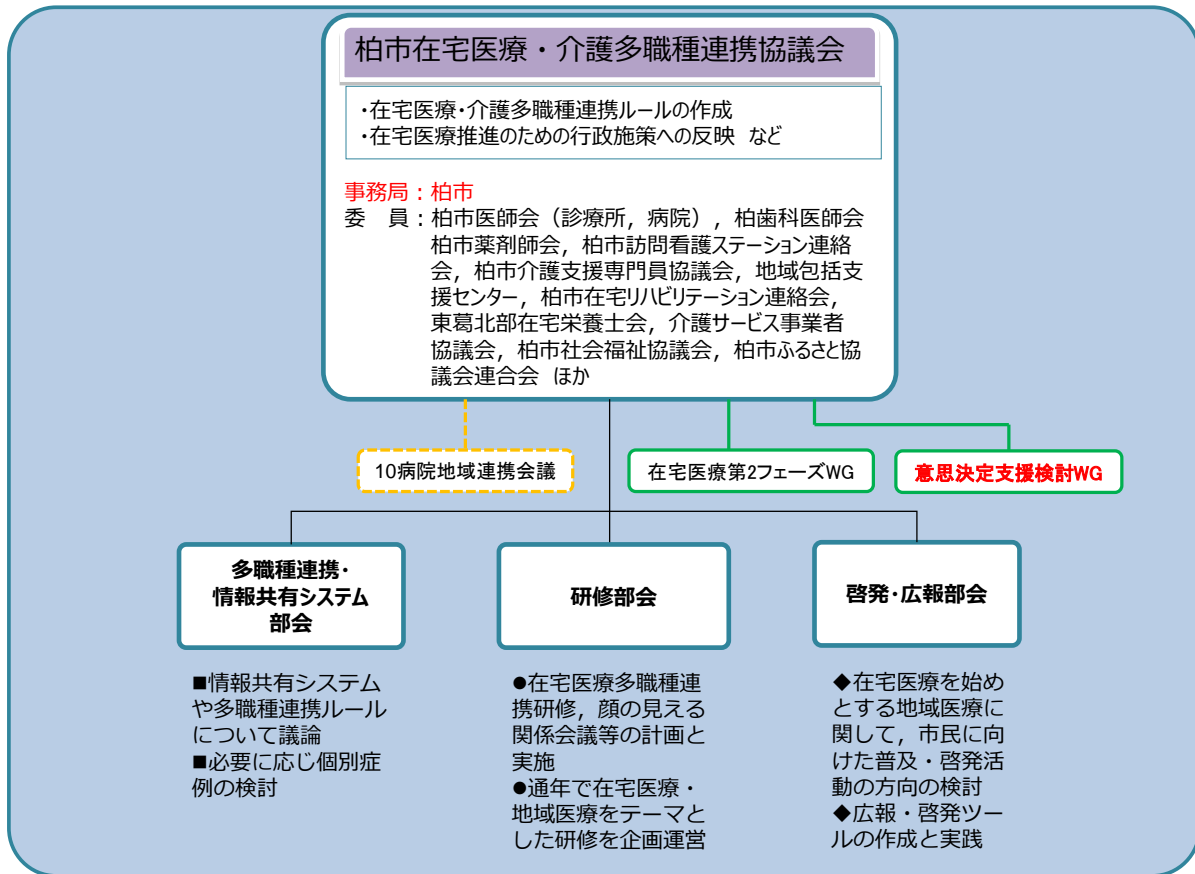
- ・延命を望まない高齢者の救急搬送について、心肺蘇生をしなくてもよい環境づくり
- ・本人の意思決定を支える仕組みづくり

【◆協議内容】

検討の場において整理した取組みの柱のひとつ「本人の意思を多職種で共有できるルールづくり」について、支援者のためのガイドライン作成に向けて、市民を交えて、医療・介護多職種で検討した。

(3) 取組みの整理と共有





(4) 取組みの成果

①キーマンによる意識のすり合わせができ、取組みを推進できたこと

医師会、消防局、柏市の3者が「在宅医療・救急医療連携セミナー」に参加したことで、意識をすり合わせ、目指すべき方向性の共有が図れた。その上で、今までの取組みを整理し、調整や連携を密に行い、検討の場「意思決定支援検討WG」を設置でき、取組みを一歩前に進めることができた。

②今まで培ってきた取組みの体系に位置づけることで、連動性を確保できたこと

在宅医療・介護連携推進の取組みの一環として体系を整理したことにより、新たな別の取組みではなく、連動した取組みであることの理解が得られ、多職種連携のつながりの中での協力体制が確保でき、医療・介護専門職の現場の声を具体的に反映することができた。

③市民参加により、目的の明確化が担保されたこと

検討の場に市民の参加が得られたことにより、「本人の意思をどう支えていくか」ということを常に意識して議論ができる体制を確保できた。また、支援者が当事者となる市民の声を直接聞き、ガイドラインに反映することができた。

今後について

在宅医療・介護連携の促進は、地域包括ケアの構築という理念の下に、介護保険政策と一体的に進めていくことが重要である。このため、柏市では、2012年度から始まる第5期介護保険事業計画において、在宅医療の推進施策について記載し、2015年を開始年度とした第6期計画においては、在宅医療の需要が2025年に向けてどのように推移するかを示した将来推計を記載した。2018年を開始年度とした第7期計画では、評価指標を設定し、一体的な評価体制を構築することにより、柏市版地域包括ケアシステムの完成に向けて、さらなる仕上げを行っていくこととしている。救急医療との連携においても、取組みの土台は同様であり、地域包括ケアの構築の視点を持って、課題を共有し、具体的取組みにつなげて、柏市としての仕組みづくりを行うことが重要である。

高齢化に伴う在宅医療のニーズの増加に対応できる医師の増加

今後急速に進展する高齢化の影響により、在宅医療が必要な患者が増加することが予想されている。2025年に向けた需要推計を参考に、在宅医療を担う専門職、特に医師の増加が求められている。

医師会では、在宅プライマリケア委員会を立上げ、主治医・副主治医制の構築により、訪問診療に面の広がりを持たせることに成功している。一方で、近年では在宅医の増加は鈍化の傾向にあるため、医師の負担感をさらに軽減する取組みへの議論が必要となっている。

訪問看護ステーションの基盤強化の充実

訪問看護は医療・介護の連携の橋渡し役として、在宅医療を推進するための重要なファクターである。在宅医療の24時間365日対応体制を支えるためにも、訪問看護ステーションの効果的な基盤強化策が求められている。

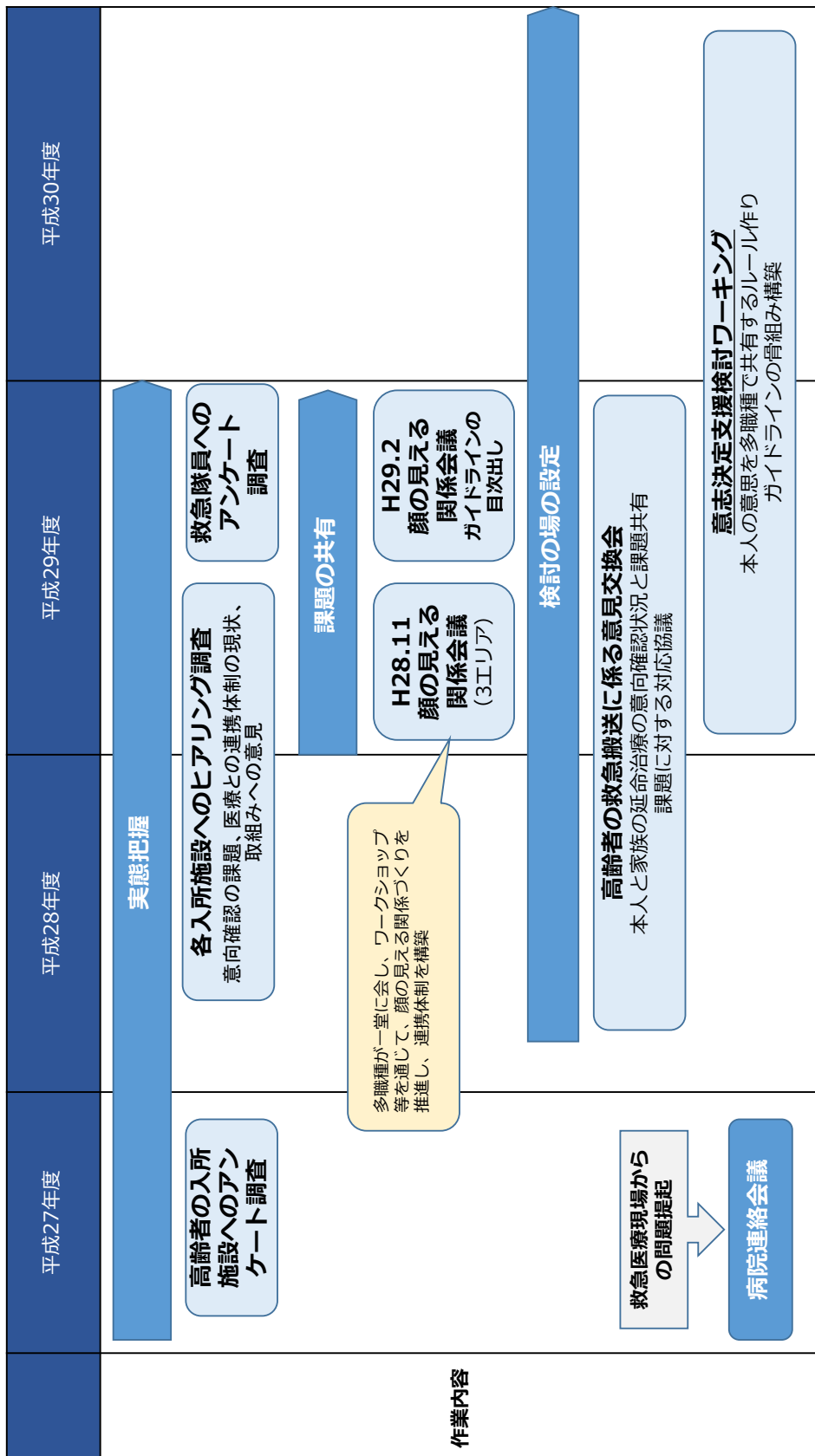
「患者・家族の意思決定支援」の取組みの必要性

地域包括ケアの理念を実現するためにも、「選択と心構えを支える役割」を果たせる医療・介護職の人材育成が必要であり、柏市がこれまでの取組みで培ってきた多職種連携のつながりをベースに、連携の質の向上を目的とした取組みを具現化していく必要がある。意思決定支援の取組みについても、多面的な議論による具体的な検討の場や取組みが必要である。

「市民啓発」の必要性

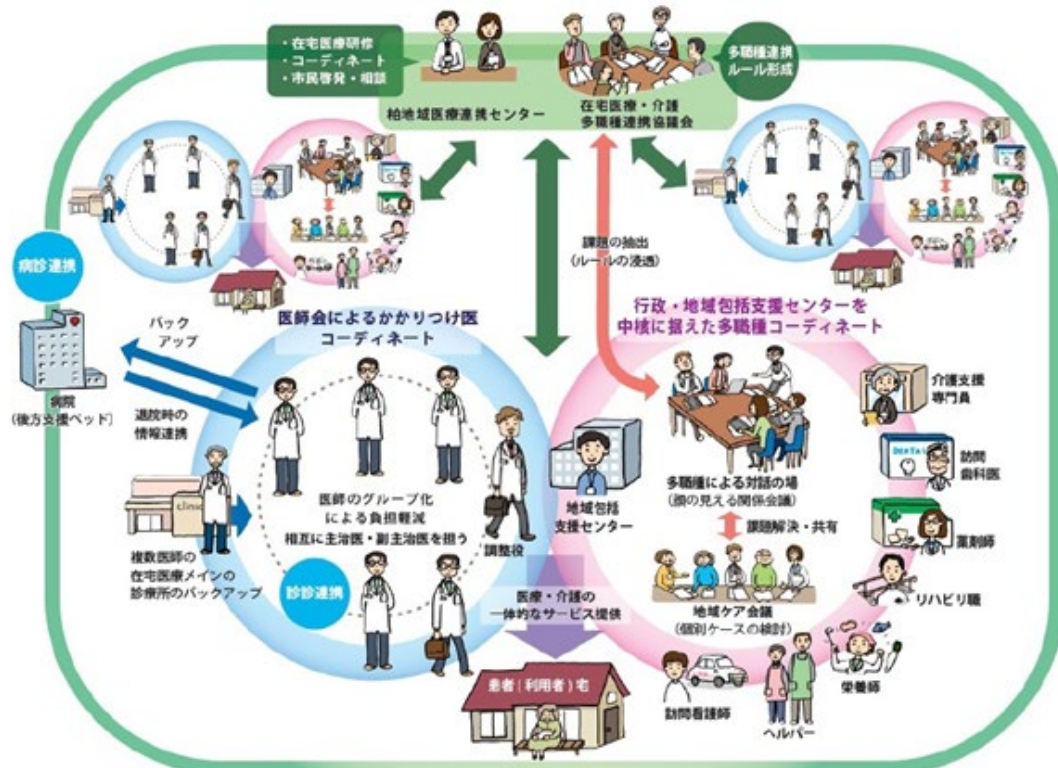
現状では、市民の在宅医療への認知度は低い状況があるため、どの年齢層をターゲットにどのような啓発活動を行うのが効果的であるかという検討を行った結果、啓発ツールごとにターゲットを絞り、優先順位を付け、戦略的・集中的に啓発活動を進めていく必要がある。

工程表



参考：柏プロジェクトの在宅医療イメージ

柏プロジェクトにおける在宅医療・在宅ケアシステムのイメージ図



在宅医療を推進して、地域を病院に



新潟県長岡市：一般社団法人長岡市医師会

地域概要

長岡市は、日本一の大河・信濃川が市内中央に流れ、守門岳から日本海まで市域が広がっている。人材育成と未来への投資を積極的に行っており、3大学1高専の結束、産学官金の連携で、産業、まちづくり、あらゆる分野で「長岡版イノベーション」に挑戦している。

平成24年にオープンした屋根付き広場、アリーナ、市役所が一体となった全国初の複合型施設「アオーレ長岡」は「市民協働・交流の拠点」として、自由で多彩な活用が広がっている。



人口・面積

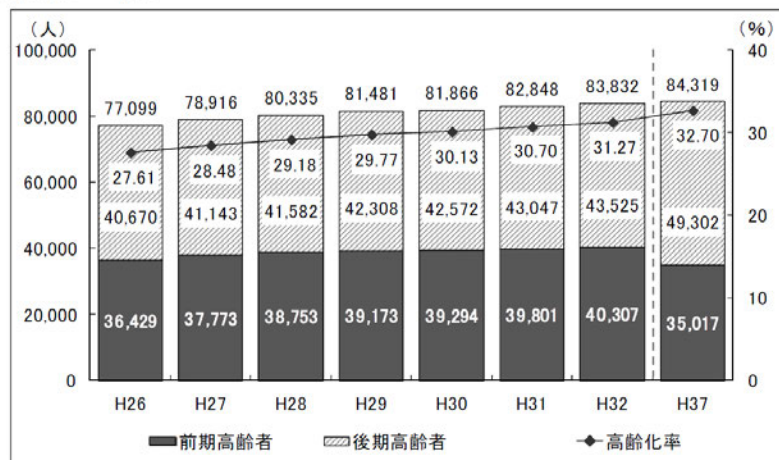
- 人口： 270,634人（住民基本台帳：平成31年3月1日現在）
- 面積： 891.06 km²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

長岡市の高齢化率は29.77%で、同時期の新潟県平均31.1%より低いが、地域により差が大きく、高齢化率が最も高いのは栃尾圏域の39.86%、最も低いのは川西地区南圏域の24.91%（平成29年現在）。高齢夫婦世帯（どちらかが65歳以上）は11,072世帯、65歳以上の高齢者単身世帯は8,745世帯（平成27年国勢調査より）。

高齢者人口の推移



出典：第7期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画より。平成30年以降は推計

○**地域医療資源（施設数）**

- 医師数 582（人口 10 万人あたり 211.53、全国平均 237.28）
- 一般診療所 142（人口 10 万人あたり 51.61、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 14（人口 10 万人あたり 5.09、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 6（人口 10 万人あたり 2.18、全国平均 73.57）
- 病院 11（人口 10 万人あたり 4.00、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0、全国平均 1.07）、病院病床数 4,045（人口 10 万人あたり 1,470.20、全国平均 1,201.30）
- 歯科 134（人口 10 万人あたり 48.70、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 27（人口 10 万人あたり 9.81、全国平均 8.75）
- 薬局 110（人口 10 万人あたり 39.98、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 28（人口 10 万人あたり 10.18、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○**救急救命資源と現状**（長岡・越路・山古志・小国地域（446.87 km²）を長岡消防署、中之島・三島・和島・寺泊・与板地域（189.09 km²）を与板消防署、栃尾地域（204.92 km²）を栃尾消防署が管轄、川口地区は小千谷市へ事務委託し小千谷市消防本部の管轄）

- 消防本部 1 消防署数 3（他に出張所 9）、職員定数 330 人、救急車 18 台
- 平成 29 年救急出動件数 10,529 件（前年比 749 件増）、搬送人員 9,823 人（同 788 人増）
- 上記のうちの急病件数 6,952 件、急病搬送人員 6,520 人
- 平成 29 年搬送人員 9,823 人の傷病程度別の内訳：死亡 319 人（3.2%）、重症 1,121 人（11.4%）、中等症 3,037 人（30.9%）、軽症 5,346 人（54.4%）

（出典「長岡市消防年報平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

高齢者（65 歳以上）の救急養成元 （長岡市医師会提供）

		高齢者施設	高齢者施設以外	合計
不搬送		4	150	154
	死亡	3	137	140
搬送		600	4,368	4,968
	死亡	58	250	308
合計		665	4,905	5,570

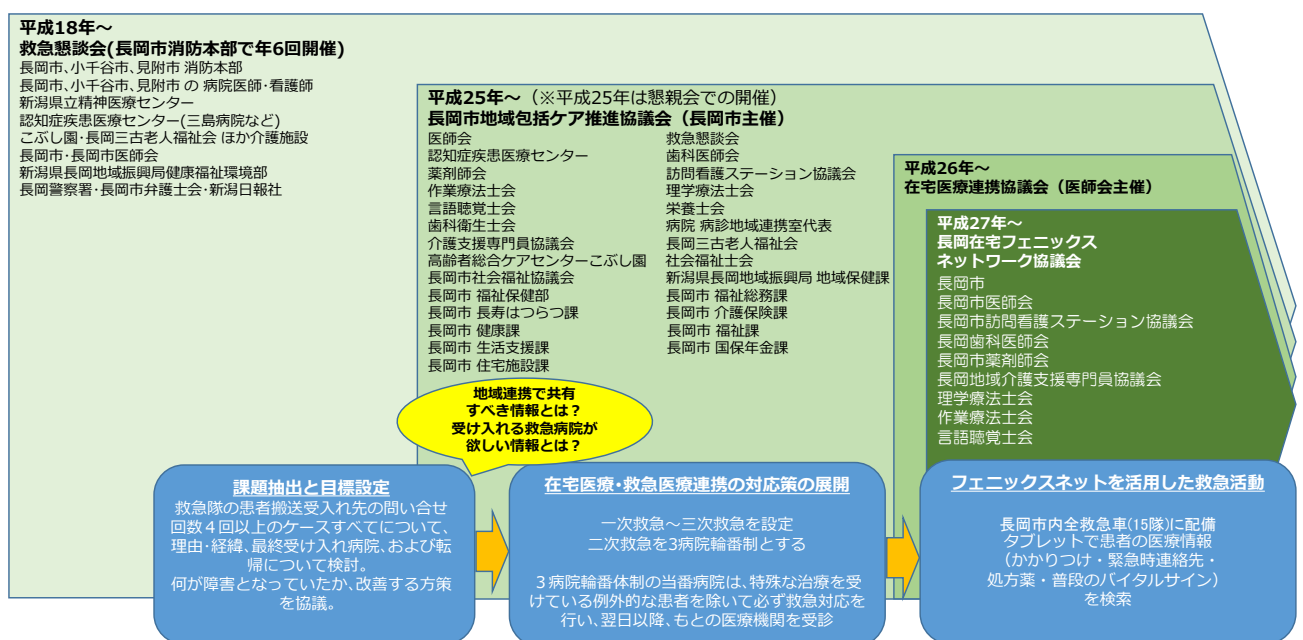
事例の概要

平成23年に誕生したタブレットを使った訪問介護アプリを軸に、在宅医療と介護・看護を連動させ、業務効率化・情報共有システムに発展させた。平成26～27年度に長岡市が小国地域と栃尾地域でモデル事業を実施。並行して、平成26～27年度、長岡市医師会が地域医療介護総合確保基金による事業として長岡市と協力し、市内全域に「フェニックスネット」を展開した。

近年、高齢化が進み、高齢者・高齢者施設の増加と、高齢者施設からの救急搬送が増加した。これに対して、在宅医療・救急医療連携の取組がスタート、救急懇談会において課題抽出と目標設定が行われた。

病診連携と地域連携では共有すべき情報が異なる為、関係者で協議しながら調整を進めた。H27.10.20 第1回長岡在宅フェニックスネットワーク協議会が開催され、「フェニックスネット」がスタート。その後参加団体を増やし、平成28年11月に長岡市消防・全救急隊が正式に参加し、救急現場にも活用が広がった。

新潟県は土地が広く、救急搬送時間は全国平均39分に対して新潟県の平均は44分と5分長く、全国ワースト3であるが、長岡市は二次救急の3病院輪番体制などの取組により34分と全国平均より5分短くなっている。なおかつタブレットで「フェニックスネット」に登録された情報を確認できた場合には、現場滞在時間が約3～4分短くなっている。

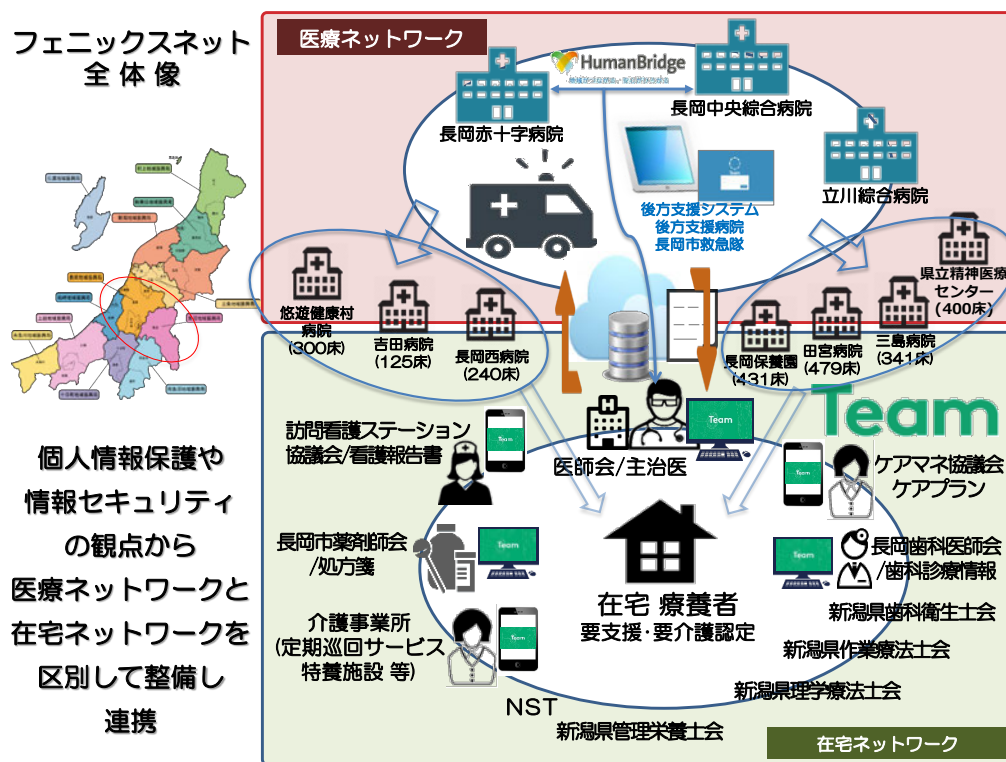


取組の紹介

(1) 取組の背景

① フェニックスネットの拡大

- 平成 23 年：長岡市川西地区において、こぶし園がタブレットを用いて訪問介護・看護とサービス提供責任者の業務効率化を実現した訪問介護アプリを導入。
- 平成 24 年度：この訪問介護アプリを軸に、在宅医療と介護・看護を連動させ、業務効率化・情報共有システムに発展。
- 平成 26～27 年度：長岡市が小国地域と栃尾地域で、このシステムを用いたモデル事業を開始。
- 平成 26～27 年度：長岡市医師会が地域医療介護総合確保基金による事業として長岡市と協力し、市内全域に当該システムを展開。



医師会は、訪問看護ステーション協議会と後方支援病院の協力・調整を行い、参加診療所・医療機関の拡充とシステムの本稼働に向け、在宅医療連携協議会を設置して協議を進めてきた。

セキュリティその他に配慮し、医療ネットワークと在宅ネットワークは別に整備し、双方向接続して連携している。

②在宅医療・救急医療連携のきっかけ

在宅医療・救急医療連携に取り組む以前は、地域の病院がそれぞれ診療時間外・救急の対応を行っており、内科を標榜する診療所の70%が往診・在宅医療を行っていた。また、かかりつけ、主治医(診療所・病院)と連絡がつかないと救急病院を受診したり、救急車を依頼する等、病院の負担が多い状況となっていた。

孤独死の増加

全国的に、死亡場所の約75%は病院であるが、自宅を含む病院以外での死亡においては、その半分が検視該当のケースである。長岡市で1年間に亡くなる人は3千数百人、長岡警察署による検視は年間300件以上(長岡警察署)であるが、検視の70%は病死とされている。(新潟県警察医会情報)

ここから、主治医と連絡が取れれば、検視の必要はなかったのではないかという疑問が生まれた。

高齢者・高齢者施設の増加と高齢者施設からの救急搬送の増加

平成26年1年間で、高齢者施設からの救急要請が665件(12%)、死亡例が61件であった。

平成29年5月1日現在、長岡市総世帯数106,258世帯の内、高齢者(65歳以上)のみの世帯は9,409世帯、高齢者単身世帯は8,155世帯であった。

高齢者施設からの搬送が増加した一要因として、東北大震災により福島から避難してきた高齢者を高齢者施設で受け入れて過密状態になっているということがあった。

これらの状況から、「救急とは思われない高齢者施設からの救急搬送例の増加」が問題であるとして、長岡救急懇談会で取り上げられた。回避可能な救急搬送事例が含まれているのではという疑問や、搬送例の病状経過の情報共有ができていれば、その後の対応・処置がスムーズに行われるのではないかという疑問が生まれた。

高齢者(65歳以上)の救急要請元

	高齢者施設	高齢者施設以外	合計
不搬送	4	150	154
死亡	3	137	140
搬送	600	4,368	4,968
死亡	58	250	308
合計	665	4,905	5,570

(2) 検討開始

① 発足の経緯

訪問看護師と24時間対応の訪問看護ステーションが在宅医療の要である。平成27年3月に市内14か所の訪問看護ステーションで協議会を立ち上げるように働きかけた。(医師会が担当)

ここでは、在宅療養での看護だけでなく、不安・心配への対応や、病状経過の変化に伴うドクターコールの判断、救急搬送の必要性などを検討した。

また、様々な専門職の相互理解や顔の見える関係づくりを目的として、地域包括支援センターの担当エリアごとに多職種交流会を開催した。(行政が担当)

② 組織の体制

医療関係に限定せず、幅広い知見や情報を集める為、また、異なる組織間の意思疎通などを目的に、様々なメンバー構成による会議を開催している。

(学術団体としての医師会員だけの集まりは別に行っている)

ア) 救急懇談会の開催

平成18年より、長岡市消防本部で年6回開催されており、長岡赤十字病院救急部長の発案でスタートした。メンバーは以下の通りである。

長岡市、小千谷市、見附市 消防本部、長岡市、小千谷市、見附市の病院医師・看護師、新潟県立精神医療センター、認知症疾患医療センター(三島病院など)、こぶし園・長岡三古老人福祉会(ほか介護施設)、長岡市・長岡市医師会、新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部、長岡警察署、長岡市弁護士会、新潟日報社

医療・看護・介護関係者だけでなく、行政・警察、特にマスコミ関係者や弁護士、法律家の参加は会議する上で重要になるため、来る者は拒まずという姿勢で開催した。

目的は、適切な救急車・救急医療の利用に配慮していただく事、及び救急医療現場の疲弊を防ぎ、高度な救命救急医療に医療資源を集中させる事である。特にマスコミについては、救急利用者の批判的な声が入った際、適正な利用現状をよく知ってもらった上で、冷静に扱ってほしいという思いがあった。

イ) 医療懇談会

市の副市長(福祉保健担当)・福祉保健部長と医師会・歯科医師会の会長・副会長で年に1度開催。

ウ) 病院長会議ほか

年2回開催。検討する議題を持ち寄り約1時間の会議の後、懇親会。新しい取り組みに行政の理解を得るため、講師を派遣し市議会で講演。

エ) 夏のビールパーティー

医師会主催で、市長をはじめ福祉保健部・教育委員会・消防本部など市の部局の代表者 30 余名を招待し意思疎通を図る。

オ) 医師会主催の新年会

医師会主催で市長・市議会議長・地元選出国會議員・県議會議員を招待、地域の病院長も出席。

③救急懇談会での課題抽出と目標設定

救急隊の患者搬送受入れ先の問い合わせ回数 4 回以上のケースすべてについて、理由・経緯、最終受け入れ病院、および転帰について検討した。その上で、何が障害となっていたか、改善する方策を協議した。

■ 地域連携で共有すべき情報

- 病院⇔診療所間の連携では、入院・退院時や在宅移行時に必要な情報
⇒診療サマリーがあれば良い。
- 地域の医療・看護・介護の担当者間の連携では、在宅での医療・看護・介護中に発生する情報
⇒日々の診療・看護・介護記録の共有が必要となる。
- 訪問看護が医療機関と介護職・ケアマネをつなぐ。

④在宅医療・救急医療連携の対応策の展開

- 一次救急
さいわいプラザ内 (長岡市・長岡市医師会)
平日夜間急患診療所(月～金)(内科医)
こども急患診療所(月～土)(小児科医)
休日急患診療所 (内科医・外科医)
- 二次救急
長岡赤十字病院(605 床)
長岡中央総合病院(531 床)
立川総合病院(481 床)
- 三次救急
長岡赤十字病院 (H29/4:ドクターヘリ運用開始)

こども急患診療所のバックアップとして二次救急病院小児科医を拘束。

3 病院輪番体制の当番病院は、特殊な治療を受けている例外的な患者を除き、必ず救急対応を行い、翌日以降、もとの医療機関を受診していただく体制にした。

(3) フェニックスネットの救急活動への展開

①行政と医師会の協力体制

長岡市主催：長岡市地域包括ケア推進協議会(H.25～)

医師会主催：在宅医療連携協議会(H.26～)

↓

長岡フェニックスネットワーク協議会（医師会がとりまとめている）

長岡市、長岡市医師会、長岡市訪問看護ステーション協議会、長岡歯科医師会、長岡市薬剤師会、長岡地域介護支援専門員協議会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会から構成

②フェニックスネットの経過

- H27.10.20
第1回長岡在宅フェニックスネットワーク協議会(構成：長岡市・長岡市医師会・長岡市訪問看護ステーション協議会)
- H28. 1.18
平成 27 年度在宅医療推進センター整備事業補助の決定(地域医療介護総合確保基金による事業)
- H28. 5.17
第3回長岡在宅フェニックスネットワーク協議会（構成：新たに3団体：長岡歯科医師会・長岡市薬剤師会・長岡地域介護支援専門員協議会）
- H28. 6. 6
二次救急担当の3病院が参加【後方支援システムの初期運用開始】
- H28.11.15
長岡市消防、全救急隊が正式に参加
- H29. 3. 7
総務省「クラウド型 EHR 高度化事業」の一つに選定
- H29.9.26
長岡フェニックスネットワーク協議会に名称を変更

③救急現場での課題

救急の現場は秒レベル単位で稼動しており、通信時間も問題になった。3秒も待てない、5秒10秒になるとタブレットなど利用できない、といった環境で稼動しているため、必要最低限の情報を素早く表示されることが求められている。

フェニックスネットは下図のように複数のサーバ上のデータを参照しており、それぞれに患者のID等があり、自動名寄せはできないとわかったため、ひとつひとつ名寄せをして、その患者の検査データ・処方データで間違いないかをチェックして表示するようにしている。

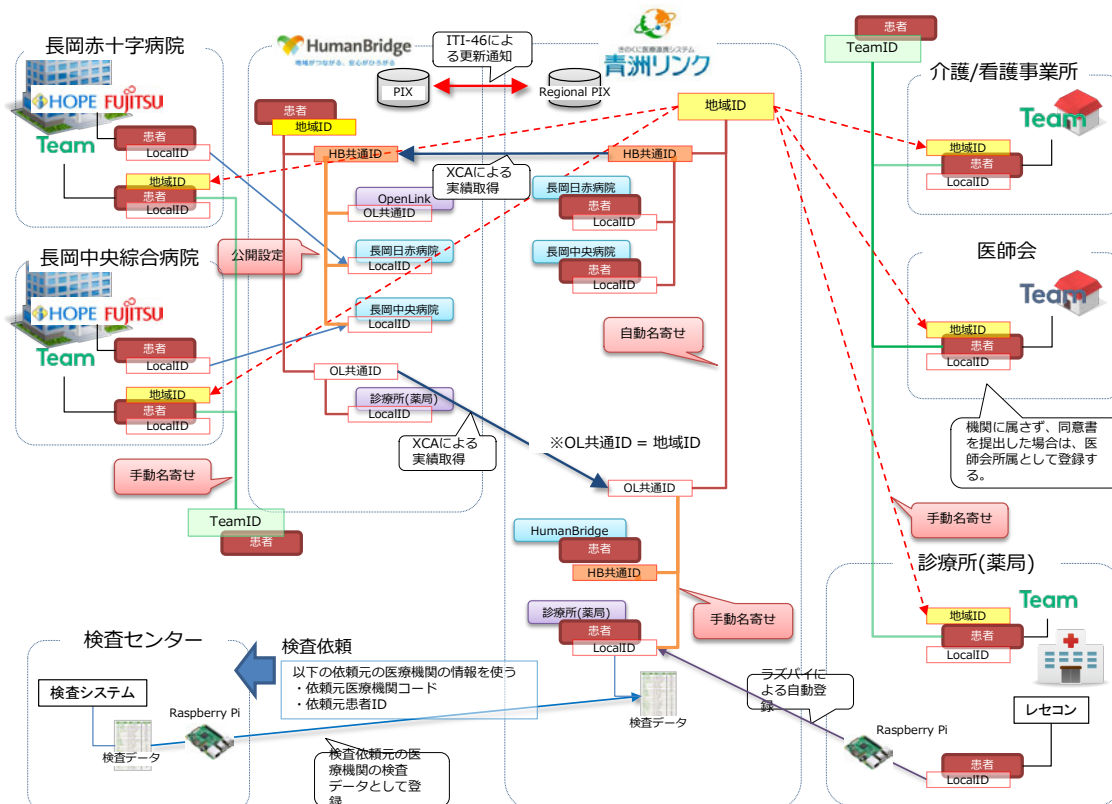
こうしたシステム上で、救急時に必要な情報だけに絞りこんで検索時間を短縮した上で、以下の点に代表される現場の課題を解消できるよう、全救急車にタブレットを配備してフェニックスネットに接続できるようにした。

- 必要な情報が聴取できない
- 現場滞在時間の延伸、病院選定に苦慮

例) 傷病者本人から、話を聞けない。(一人暮らしの高齢者が自宅で倒れていた!)

例) 傷病者本人や家族から聴取した内容が、あいまい。(かかりつけは〇〇病院だったと思う??)

<システム構成>



④救急隊のフェニックスネット参加

- 長岡市内全救急車(15 隊)にタブレットを配備
タブレットで傷病者を検索

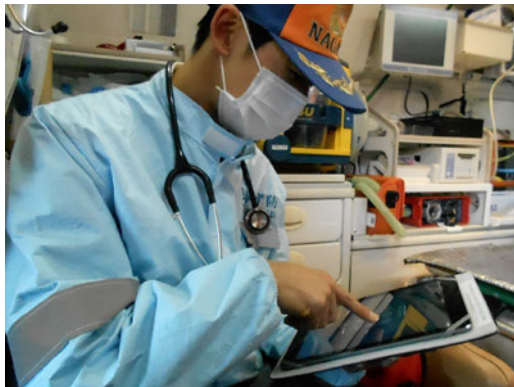


- 〇かかりつけ医療機関〇緊急時連絡先〇処方薬〇普段のバイタルサインを表示



- 適切な医療機関の選定・適切な医療機関への情報提供・現場所要時間の短縮

タブレットで検索



長岡市消防・救急隊より

閲覧
イメージ
(一部)

ナガオカ タロウ 長岡 太郎 (男性)		
経過観察		
基本情報		
	利用者名/生年月日/性別 ナガオカ タロウ 長岡 太郎 男性 1935年1月1日 (81歳) 要介護3	住所/電話番号 〒940-0000 新潟県長岡市〇〇町▲▲-〇〇〇 自宅：0258-12-3456
主治医		
医療機関名	長岡●●●病院	
担当医	長岡 花子 (ナガオカ ハナコ)	
電話番号	代表：0258-12-7890	
主/副	主治医	
医療		
主たる傷病名	既往歴	定期的に使用する薬
高血圧症、骨粗鬆症	大脳骨骨折人工骨頭置換術	ミカルディス40mg、 シラスパラギン酸カルシウム
緊急時対応		特記事項
消防に緊急要請してください。 長男◎◎さんへ電話 (090-0000-0000) し、搬送先に行ってもらってください。		冷蔵庫にあんしん連絡袋あります。

訪問看護記録

4日前

処方薬

2018年09月18日(火) 18:56 *****				
記録日時: 2018年09月18日(火) 19:04				
体温 (C)	脈拍 (分)	最高血圧 (mmHg)	最低血圧 (mmHg)	SpO2 (%)
37.4				
背中には背中から大腿部に発疹がある。熱感はなく、劇痛だが発疹もある。 蜂窩織炎などは考えにくく、接触性アレルギーの可能性も否定できない。日中救急外来に受診 していただくこととする。 経過の観察は来ていただく。タブレットは朝1回にして様子を見てもらう。応急時には 看護師で対応。 今後ともためであれば、次回診察時に検討します。				

背中から大腿部にかけて膨隆疹があり、
蜂窩織炎の可能性も否定できない

4日前の左足画像



4日前、訪問看護が撮影した画像と現在の状況を比較したところ、
浮腫と発疹が増悪していることがわかりました。

長岡市消防・救急隊より

(4) 取組の成果

① 受入体制の確立

受入までの問い合わせ回数は2回までで99%受け入れられており、たらい回しは殆ど無い状況になっている。その後4回以上問い合わせになった場合の原因を検証し、お互いに事情を理解しつつ改善に繋げている。長岡市はたらい回しにされないという事で市外からの搬入もあるという状況になっている。

平成29年 長岡市 救急搬送

平成29年の全出動件数は10,529件、この内6,952件(66.0%)は急病によるもの。また、搬送に占める65歳以上の高齢者が60%を超えている。

医療機関	搬送人員	計
長岡赤十字病院	3,544	病院群輪番体制3病院合計 9,307 (94.75%)
長岡中央総合病院	2,849	
立川総合病院	2,914	
長岡西病院	226	5病院合計 9,551 (97.23%)
県立精神医療センター	18	
その他医療機関	129	長岡市内医療機関合計9,680(98.54%)

搬送先 問い合わせの回数 ↑ 地域完結率

	1回	2回	3回	4回以上	合計
平成29年	9,379 (95.5%)	363 (3.7%)	52 (0.5%)	29 (0.3%)	9,372 (100%)
平成28年	8,937 (95.4%)	352 (3.8%)	50 (0.5%)	33 (0.3%)	9,372 (100%)

28

② 所要時間短縮

現場到着から出発までの時間でフェニックスネットを活用できた症例について、約3分の短縮ができた。

現場所要時間の比較

	件数	現場到着～現場出発 (現場所要平均時間)
平成29年 救急出動件数	10,529	12分36秒
フェニックスネット 有効症例	43	14分31秒
フェニックスネットを 活用できなかった症例	40	17分46秒

平成30年10月20日現在
約3分の短縮

33

③成果事例

- 一人暮らしの高齢者(認知症)事例：テレビ鑑賞中、急に後頭部痛で知人に助けを求めた。
→状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が判明した。
- 画像登録事例：胃瘻造設されている者が、数日前からの腹痛で救急要請。
→胃瘻チューブの画像が登録されており、比較したところ、深く入り込んでいることが判明した。
- 身元不明者事例：不安を主訴に近所のコンビニエンスストアに駆け込んだ。
→状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が登録されていた。
- デイサービス利用者の左足に浮腫等がある状態を施設職員が発見し、様子を見ていたが改善しない。
→ベッド上で仰臥位となっており、特に訴え等はなかったが、左足に浮腫と発疹を認めた。
状況、処方薬の情報を求めたが施設職員は「デイサービス利用者なので、よくわからない」との回答
→タブレットで訪問看護記録に「蜂窩織炎の可能性」という4日前の記載と処方薬を確認。
同時に4日前の患部画像を見て増悪を確認。搬送先にタブレット情報を含め報告した。

長岡市消防・救急隊より

(1) 現在の取組

地域医療カルテ構想

地域包括ケアシステム

⇒ 障害を持って暮らす人をいかに地域で支えていくか

「フェニックスネット」は当初、在宅患者を対象に設計されたが、後方支援病院の役割を、救急の二次病院(3病院輪番体制)が担うこととなり、その規模と役割が大きく変わってきた。

費用さえあれば新しいネットワークを構築できるが、現状そうではなく、今あるシステムを使いながら、医療機関(診療所)・訪問看護ステーション・訪問介護・ケアマネジャー・介護老人保健施設等の高齢者施設と救急隊、そして救急を受け入れる後方支援病院をつなぐネットワークの構築に取り組んでいく。

(2) 今後の課題

今後の課題としては、以下の点が挙げられる。

- 情報入力・更新の担当者を誰にするか、情報共有の包括同意を誰がとるかを決める必要あり。
- 医師・看護師・薬剤師・介護士や後方支援病院医師の連携を円滑にし、お互いの負担軽減に役立てる必要あり。
- 介護老人福祉施設・サービス付き高齢者住宅等の入居者、独居高齢者・老々世帯の登録を進め、急変時の対応や主治医不在時の看取りに際し有用なツールとしていく必要あり。

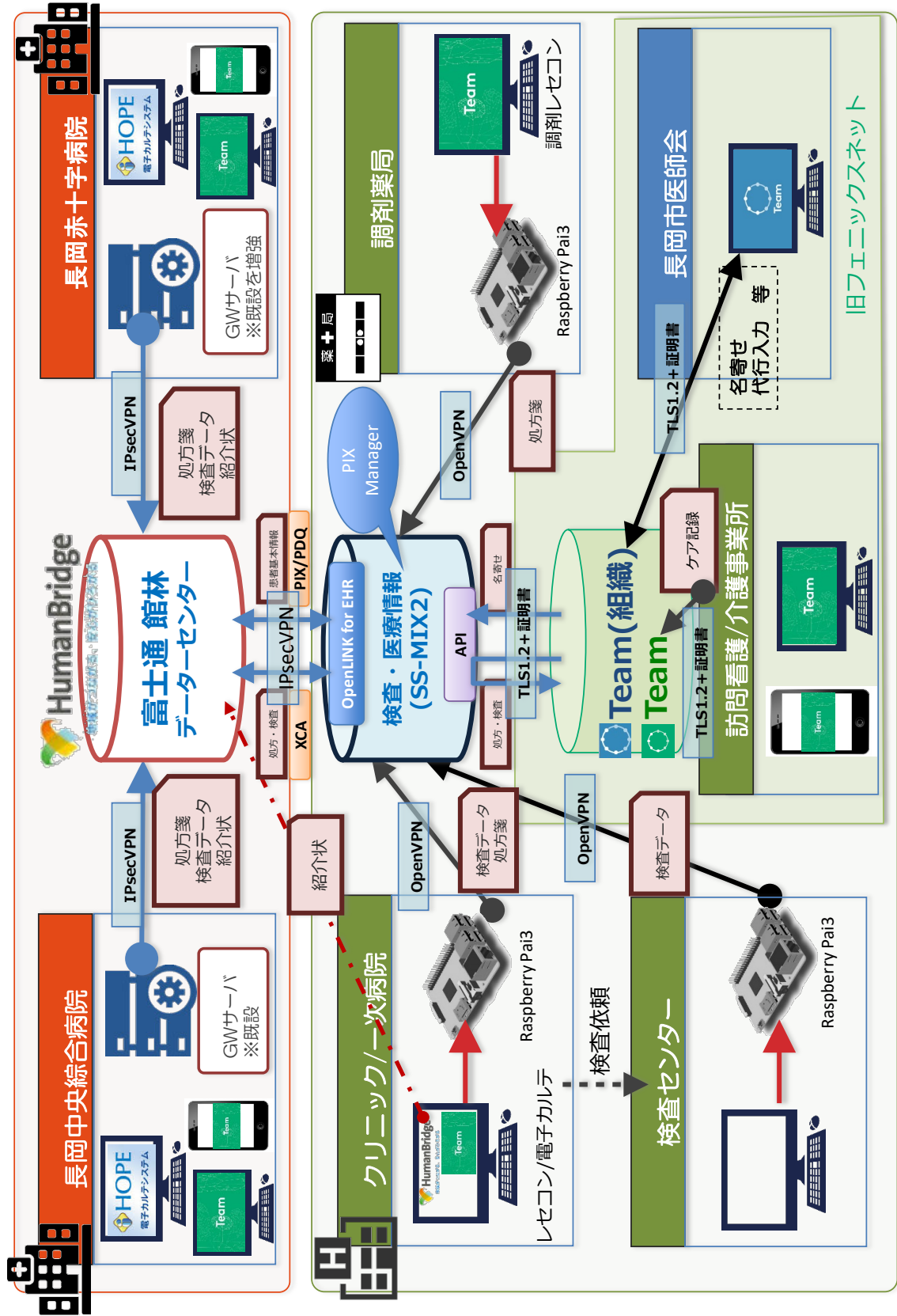
工程表

	平成22年度以前	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
こぶし園 (介護施設)		長岡市川西地区 で訪問介護 アプリを導入		在宅・介護連動の 業務効率化・情報共有システムに発展				
長岡市					小国・栃尾地域 でモデル事業を 実施	二次救急担当 3病院参加	長岡市消防全救 急隊が正式参加	長岡市内全域に このシステムを展開
長岡市医師会					関係者との 協議・調整			
						平成27年度在宅医療推進 センター整備事業補助 (在宅医療介護総合確保基金)	総務省「クラウド型EHR 高度化事業」の一到 認定	
	平成18年～ 救急懇談会(長岡市消防本部で年6回開催)							
				平成25年～ 長岡市地域包括ケア推進協議会(長岡市主催)				
						平成26年～ 在宅医療連携協議会(医師会主催)		
							平成27年～ 長岡在宅フェニックスネットワーク協議会	
								H27.10 第1回 長岡在宅フェニックス ネットワーク協議会
								H28.5 第3回 長岡在宅フェニックス ネットワーク協議会
								H29.9 長岡フェ ニックスネットワーク 協議会に名称を変更

総務省クラウド型 EHR 高度化事業でのシステム拡充

長岡フェニックスネットワーク_総務省クラウド型EHR

2018-05-15



病院の端末での表示例

カルテ 検歴 薬歴 患者メモ

診療科: 全て 文書分類: 全て 検索 保存 共通 選択 編集

医療機関: 長岡中央総合病院
0001437555
高 ー
2013/08/28 ~ 指定なし
2/10分類 25/26診療科

長岡赤十字病院
0001640095
高 ー
2013/10/08 ~ 指定なし
2/10分類 26/28診療科

年間スケジュール 基準日: 2015/12/07

2015	6/22	7/6	8/3	11/25	11/27	11/28	11/30	12/1	12/2	12/3	12/4	12/6	12/7
2				1	2		2		2	2			
		1	1		4	2		1				2	1

2015/08/08(月)

依頼 処方 (外来院内処方) 2015/08/03 版:01
長岡中央 外来 神経内科 発行者:

1. アリセプトD錠 5mg 1錠
1日1回 朝食後 30日分
【服用開始日:2015/08/03(月)】
薬剤情報提供料あり

カルテ 検歴 薬歴 患者メモ

診療科: 全て 文書分類: 全て 検索 保存 共通 選択 編集

医療機関: 長岡中央総合病院
0001437555
高 ー
2013/08/28 ~ 指定なし
2/10分類 25/26診療科

長岡赤十字病院
0001640095
高 ー
2013/10/08 ~ 指定なし
2/10分類 26/28診療科

年間スケジュール 基準日: 2015/12/07

2015	6/22	7/6	8/3	11/25	11/27	11/28	11/30	12/1	12/2	12/3	12/4	12/6	12/7
2				1	2		2		2	2			
		1	1		4	2		1				2	1

2015/11/28(土)

依頼 処方 (臨時処方) 2015/11/28 版:01
長岡日赤 入院 整形外科 発行者:

1. セロクエル錠 25mg 1錠
... 不寝時 6回分
【服用開始日:2015/11/28(土)】

実施 処方 (実施済処方) 2015/11/28 版:01
長岡日赤 入院 整形外科 発行者:

1. シクロフェナクナトリウム坐剤 25mg (ホルリッ) 1個
坐薬 ... 医師の指示通り
【服用開始日:2015/11/28(土)】
自病棟

診療所から見た病院の処方・検査

長岡中央総合病院
2018年09月10日

処方オーダー

利用者名	
発行者名	
所属科	

薬剤コード	薬剤名称	調剤量	用法・用量	処方期間
I11631	アルダクトンA錠 25mg	7	1日1回 朝食後	7日分
I28535	メパロチン錠 10mg	7	1日1回 朝食後	7日分
I26124	プレタールOD錠 50mg	14	1日2回 朝・夕食後	7日分

日本赤十字社 長岡赤十字病院
2015年12月16日

検査結果

利用者名	
検査内容	血清、全血
検査依頼日	2015年12月16日

検査項目	検査結果	単位	正常値(下限~上限)	判定結果
生化学 AST (GOT)	16	U/l	13~33	
生化学 ALT (GPT)	10	U/l	6~27	
生化学 BUN	10.2	mg/dl	8.0~20.0	
生化学 CRE	0.38	mg/dl	0.40~0.80	L
生化学 Na	142	mmol/l	137~147	
生化学 Cl	103	mmol/l	98~108	
生化学 K	3.7	mmol/l	3.5~4.7	
生化学 TP	6.1	g/dl	6.7~8.3	L
生化学 ALB	3.3	g/dl	3.8~5.3	L
生化学 A/G	1.18			X
生化学 eGFR	118.8			X
生化学 ヨウケツ	(-)			X
生化学 CRP	0.19	mg/dl	0.00~0.30	
血液 ケツサン				
血液 RBC	304	10 ⁴ /μl	380~544	L

1/1

新潟県佐渡市：JA 新潟県厚生連佐渡総合病院

地域概要

北に金北山（1,172m）をはじめとする大佐渡の山地、南は大地山（645m）をはじめとする小佐渡の山地、中央部に国仲平野が広がっている。佐渡では米作りを中心に、おけさ柿やりんごなどの果樹栽培が盛ん。また、漁業では様々な種類の魚介類が水揚げされるほか、加茂湖や真野湾で育てられる牡蠣や、アワビ、サザエ、海藻類など海産物の宝庫である。

古くから貴族や武士の流刑地とされ中央文化が流入、数多くの文化財がある。昔から金が採れる島として知られ、江戸時代に本格的に金銀山開発が行われ栄えたが、採掘量が減少、1989年に閉山後は坑内の一部が観光スポットになっている。

佐渡空港はあるが現在休止中で、佐渡島と本土との交通にはカーフェリーと高速船ジェットフォイルが運航されている。航路は両津航路（両津港 - 新潟港）、小木航路（小木港 - 直江津港）及び寺泊航路（赤泊港 - 寺泊港）がある。

佐渡も少子高齢化が進み、島内に大学がなく求人動向も厳しい状況のため、若者の流出も問題となっている。

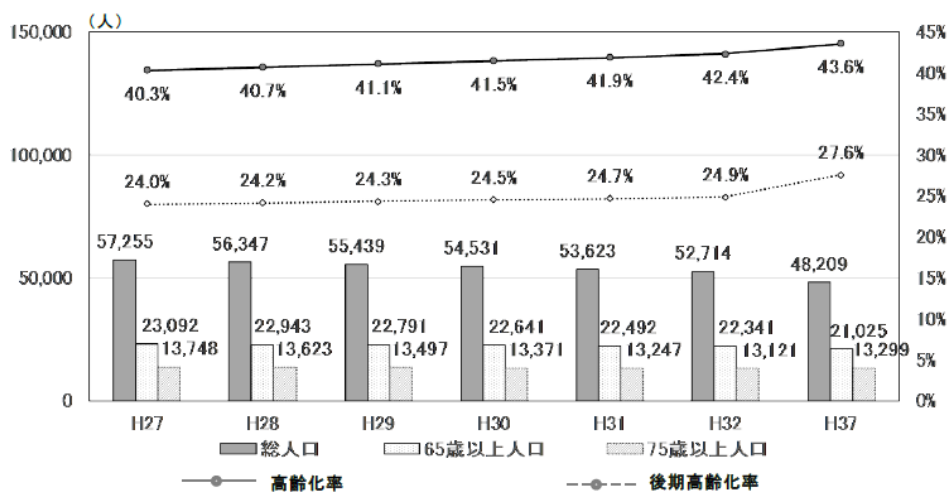
人口・面積

- 人口： 57,255 人（平成 27 年国勢調査）
54,126 人（推計人口、2018 年 10 月）
- 面積： 854.76km

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

佐渡市の高齢化率は 41.1% で、同時期の新潟県平均 31.1% を上回り、高い水準にある（平成 29 年現在）。



出典：佐渡市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画（平成 30 年 3 月）

○地域医療資源（施設数）

- 医師数 102（人口 10 万人あたり 178.15、全国平均 237.28）
- 一般診療所 24（人口 10 万人あたり 41.92、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 1（人口 10 万人あたり 1.75、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 73.57）
- 病院 6（人口 10 万人あたり 10.48、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 1.07）、病院病床数 703（人口 10 万人あたり 1,227.84、全国平均 1,201.30）
- 歯科 26（人口 10 万人あたり 45.41、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 7（人口 10 万人あたり 12.23、全国平均 8.75）
- 薬局 24（人口 10 万人あたり 41.92、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 2（人口 10 万人あたり 3.49、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（佐渡市消防局の管轄区域：佐渡市約 855 km²）

- 消防署数 1（他に分署 1、出張所 6）、職員定数 454 人、救急車 9 台
- 平成 29 年救急出動件数 2,833 件、搬送人員 2,672 人（平成 19 年の出動 2,841 件・搬送 2,697 人とほぼ同じ）
- 上記のうちの急病件数 1,872 件、急病搬送人員 1,752 人
- 平成 2 年搬送人員 2,672 人の傷病程度別の内訳：死亡 121 人（4.5%）、重症 398 人（14.9%）、中等症 890 人（33.3%）、軽症 1,256 人（47.0%）、その他 7 人（0.3%）
- 平成 29 年搬送人員 2,672 人の年齢別の内訳：新生児 0 人（0.0%）、乳幼児 34 人（1.3%）、少年 56（2.1%）、成人 513 人（19.2%）、高齢者 2,069 人（77.4%）

（出典「佐渡市消防年報平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

事例の概要

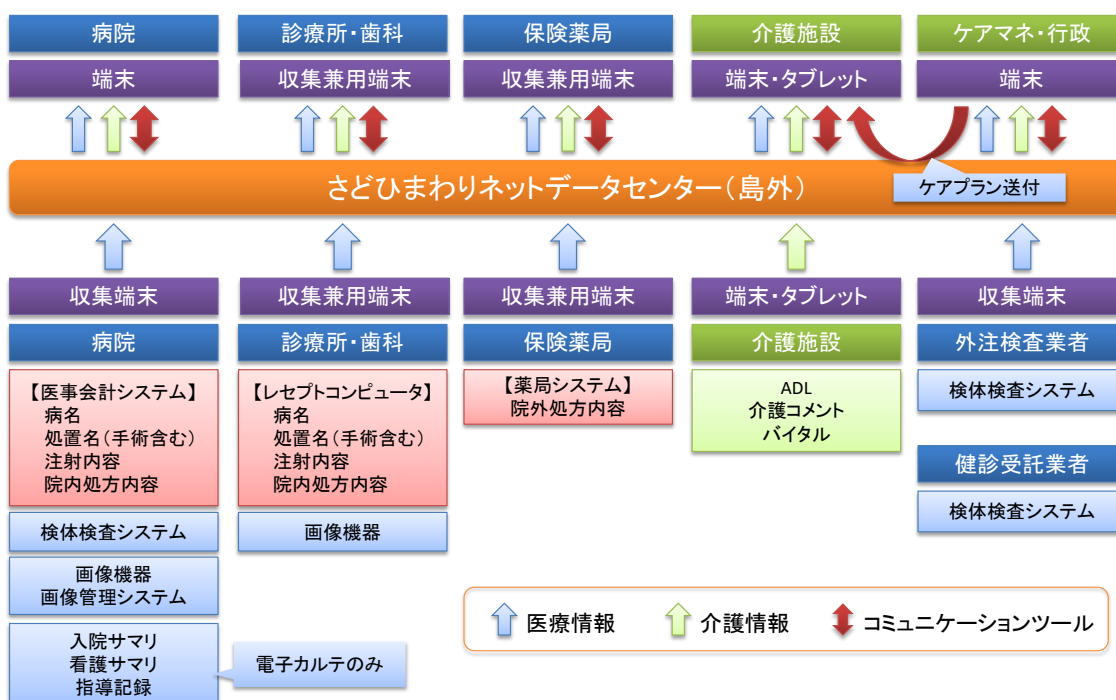
「さどひまわりネット」は、佐渡島内の病院・医科診療所・歯科診療所・保険薬局・介護福祉施設をネットワークで双方向に結び、患者の情報を互いに共有することで、受けている治療内容や検査結果を把握し、安全な医療・介護を提供し、状態に合わせて利便性の高い施設で医療・介護を受けることができる環境をめざすものである。

「さどひまわりネット」は、参加施設の規模や電子カルテの有無を問わない双方向性のネットワーク連携システムである。病院間、病院・診療所、医科・歯科などの連携、保険薬局や介護施設での医療情報参照、医療機関での介護情報の参照が可能となっており、介護施設間での情報共有にも活用可能となっている。

国や自治体、医師会などの特定の団体が運営するものではなく、行政含めた島内施設からなる協議会（NPO 法人）佐渡地域医療連携推進協議会が参加施設から利用料を集めて運営しているシステムである。

導入フェーズ			運用フェーズ			
統括	佐渡地域医療連携推進協議会	会長：佐渡医師会長	佐渡地域振興局・新潟県	統括	佐渡地域医療連携推進協議会	会長：前佐渡総合病院病院長
事務局	協議会事務局	佐渡市市民生活課1名 佐渡医師会事務1名 佐渡総合病院事務1名		事務局	協議会事務局	佐渡市市民生活課1名 佐渡医師会事務1名 佐渡総合病院事務1名
協議承認	協議会理事会	各病院代表者8名 佐渡医師会医師3名 佐渡歯科医師会医師2名 佐渡市2名		協議承認	協議会理事会	各病院代表者8名 佐渡医師会医師2名 佐渡歯科医師会医師2名 薬剤師1名 福祉施設代表者1名
仕様策定	ネットワークシステム検討委員会	各病院代表者6名・佐渡医師会医師2名 佐渡歯科医師会医師2名・薬剤師1名 佐渡市2名（福祉担当含む）		運営	佐渡ひまわりネット事務局	
調整	コンサルタント	プロジェクトマネージャ 業務要件チーム 機能要件チーム		保守・事務業務	外部委託	(株)ヘルスケアリレーションズ コールセンター
開発	開発ベンダー	日本ユニシス（株）				

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料



出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

取組の紹介

(1) 取組の背景

③ 高齢化と医療の問題

佐渡では、佐渡総合病院（354床）が島で唯一手術・分娩が可能な中核病院であり、研修医を含む五十数名の医師が在籍している。他の病院には数名の医師しかおらず、救急搬送の90%は佐渡総合病院が受け入れている。

高齢化率は41%と非常に高く、医療だけでなく介護の負担も大きくなっている。診療所、および医師数も全国平均の6割程度の数値という資源不足、かつ超高齢化の中で、社会保障をどのようにして運用していくかが大きな課題となっていた。

② 患者情報の連携不足の問題

医療資源が不足する中、住民が複数の医療機関を受診している場合、他の病院や診療所の診療内容がわからないことが多く、保険薬局でも処方箋を発行した医療機関以外の処方内容が不明であった。介護事業者でも、その利用者のほとんどが医療を受けている患者であり、サービス提供にあたって医療上の注意事項を把握できなかった。

(2) 検討開始

① 開発の経緯

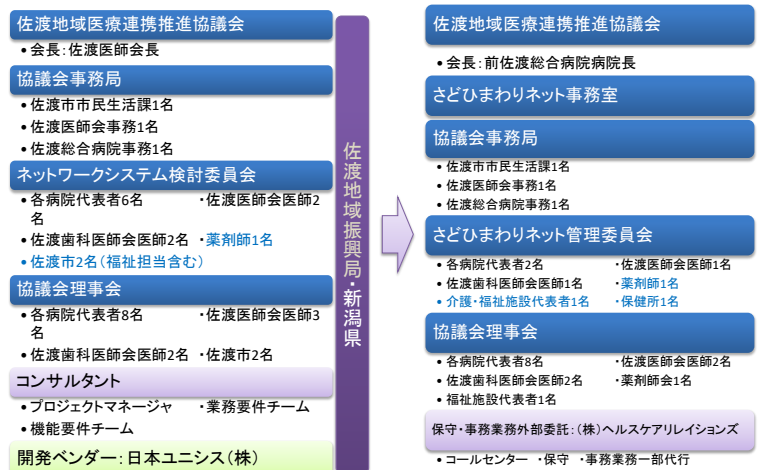
以前から佐渡医師会等で医療連携ネットワークを作ろうという話が出ていたところ、平成21年度の厚生労働省の地域医療再生基金が計画され、応募したところ、採択された。

② 組織の体制

システムを構築する為、「佐渡地域医療連携推進協議会」を構成した。当時の医師会会長をトップに、佐渡市・医師会・佐渡総合病院事務から代表3名が事務局になって動きはじめた。

具体的なシステムの詳細は現院長とコンサルタントで設計を進め、要件定義については「ネットワークシステム検討委員会」で検討を行った。その委員長として現院長が入り、他メンバーとして医師会、佐渡市（自治体）、薬剤師、歯科医師の構成員で議論を進めた。「さどひまわりネット」は多職種連携システムであり、協議会も多職

「さどひまわりネット」の導入・運用体制



※2019年現在の体制

出典: 佐渡地域医療連携推進協議会資料

種で構成されている。

③連携システムに求められる方向性

「佐渡地域医療連携推進協議会」にて以下の方向性を定め、システム構築を行った。

- **地域網羅：対象地域の住民全員が情報共有同意対象**
 - 地域のすべての医療・介護・福祉施設が情報を提供・参照する対象
- **継続性：運用体制の確立**
 - 継続性は機能に優先する：必要な機能を協議できる体制：“最小公約数”の視点で
 - 人手がかからない仕組み：自動化；自動化できる範囲の検討
 - 初期費用：基金事業
 - 維持費用：参加施設の利用料
- **協働ツールとの位置づけ**
 - 十分な関係者間コミュニケーションの機会を提供：機能は機会のためにある
 - 必要な人が必要な情報を取得できる権限設定

⑤セキュリティと閲覧権限

システムのハード面のセキュリティについては厚生労働省、総務省、経済産業省のガイドラインに準拠しているが、システム内部の患者情報等の閲覧権限については、必要な時に必要な情報を参照できることと個人情報保護の両立から「守秘義務」をベースに設定した。

医療関係者は患者の個人情報について守秘義務を負っているため、閲覧制限していないが、厳密には守秘義務契約を結んでいない事務等の職種については、以下の通り閲覧に制限をかけている。

「さどひまわりネット」は施設・事業所単位で参加するため、参加の際の利用規約で守秘義務契約を提携するが、仮に情報が漏れて責任問題になった際は、流出元が責任を負うというたてつけにしている。

参加職種と権限

	項目	制限なし職種	職種制限
プロフィール	保険番号 性別・住所 感染症 アレルギー 禁忌薬・副作用歴	<p>「判断」が必要な職種には制限なし</p> <p>医師・歯科医師 看護師 薬剤師 放射線技師 検査技師 リハビリ技師 社会福祉士 介護福祉士 ケアマネージャ 介護チームリーダー</p> <p>「守秘義務」に基づく“ヒト”へのセキュリティ</p>	なし
医療情報	レセプト病名 紹介状		左欄＋医療事務
	医療情報 処方・注射 検体検査・画像 処置・手術名 サマリ類		左欄職種のみ
介護情報	要介護度 バイタル ADL 介護コメント		左欄＋介護従事者
共通	コミュニケーションツール	なし	

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

⑥個人情報について

個人情報の扱いについては、情報を共有することをあらかじめ患者側に同意をとっている。その際、患者の同意より後に患者情報閲覧対象先施設が追加になった際のこと想定し、同意書に「今後「さどひまわりネット」に参加する施設にも患者情報を提供する旨を記載している。

また、患者側は、参照して欲しくない施設と自身の情報を提供して欲しくない施設を申告できる。

なお、患者に対して情報提供の同意を取る際には、事務方等より主治医主導で取得する方が理解を得やすい。

(3) システム開発

①仕様の策定と開発

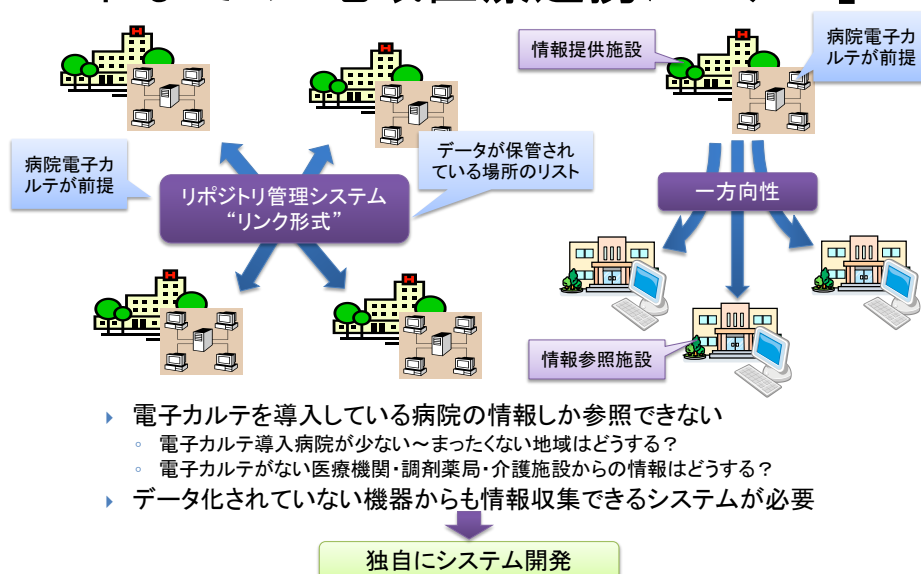
大規模システムの開発になるため、コンサルタントに支援を依頼した。システム要件は「ネットワークシステム検討委員会」でほとんど検討していたため、コンサルタントには要件定義書、仕様書としてとりまとめてもらった。また、今までにないシステムの構築であった為、コンサルタントに参加する医療機関をまわってもらい、システムについて説明し、業務への活用シーンに関する意見を収集し、業務設計にまとめてもらうところまで依頼した。

開発ベンダーとは異なるコンサルタントと契約したが、既存パッケージでは対応できないゼロ開発のシステムであること、利用シーンを十分に想定した業務設計が重要であることなどから非常に有効であった。

②従来型の連携システムとの違い

「さどひまわりネット」はデータを手作業でアップロードするという処理はせず自動収集している。

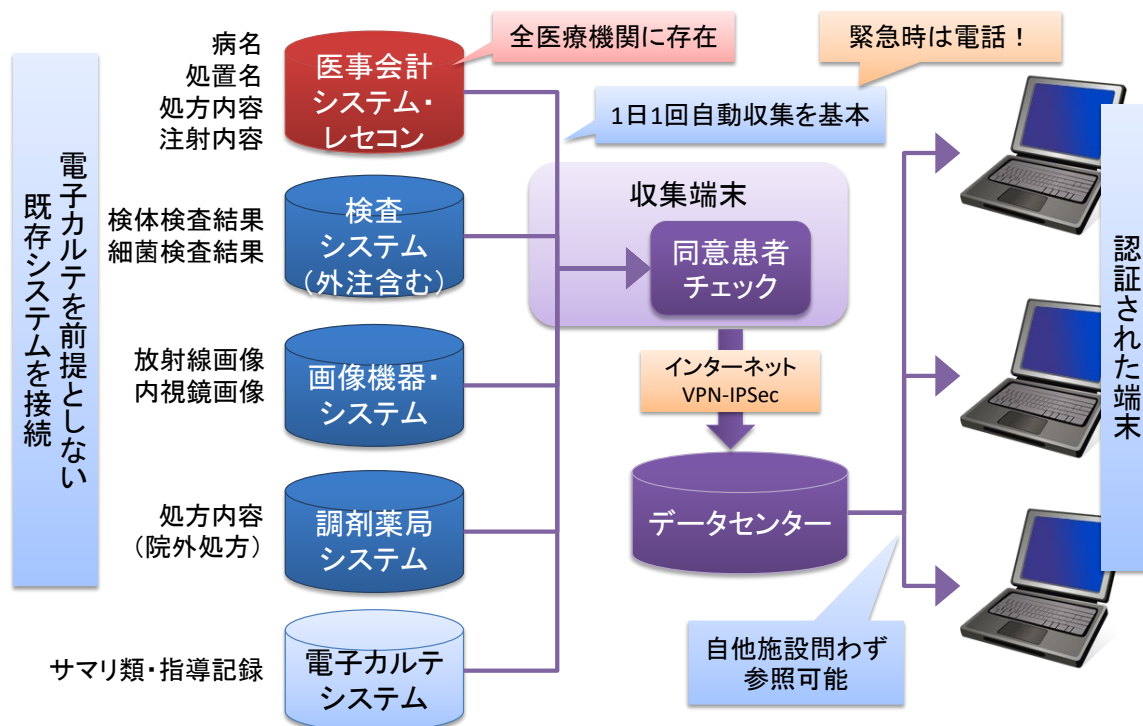
これまでの「地域医療連携システム」



出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

連携システムの多くは電子カルテ病院を結んでおり、データそのものは持たず、電子カルテデータを相互に参照するタイプ、電子カルテデータを一方方向性に提供するタイプ、両者を組み合わせたタイプがほとんどである。佐渡では電子カルテを持つ病院が佐渡総合病院しかないため、連携システムとするには独自開発が必要であった。また、組み合わせたタイプでは、情報提供施設と情報参照施設に分かれているが、「さどひまわりネット」にはそういった概念はなく、すべての参加施設が情報を提供も参照も行う双方向性サービスになっている。

③データ収集・参照の仕組み



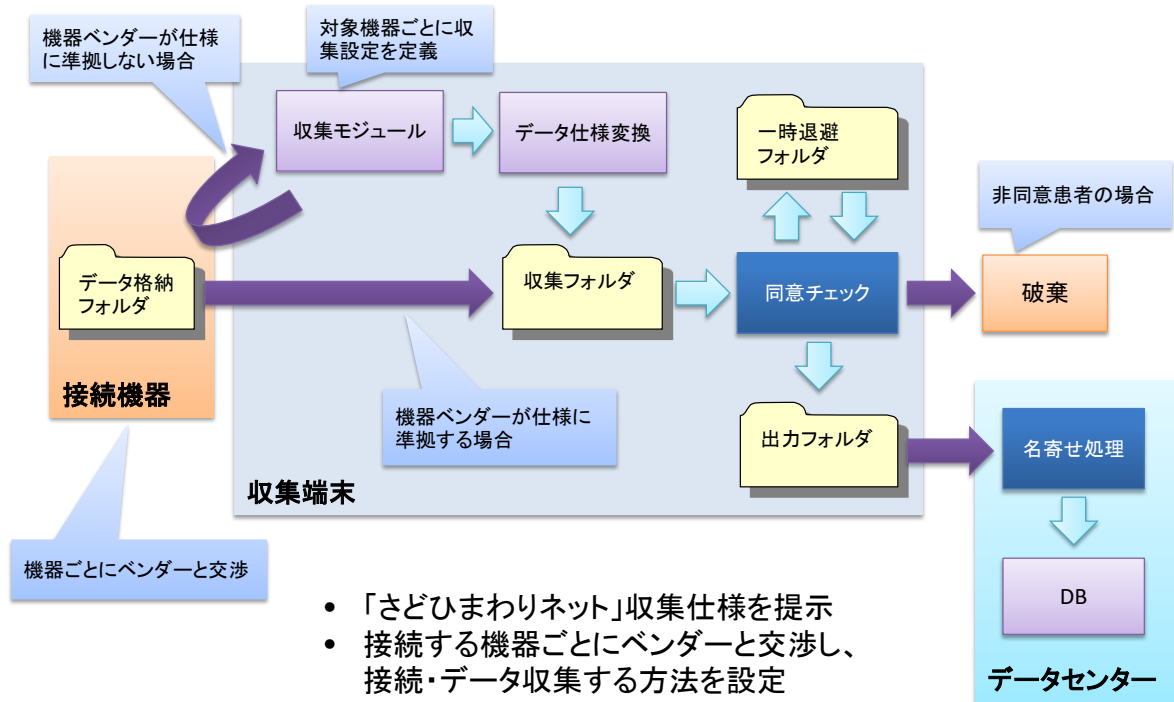
出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

病院・診療所では診療報酬明細（レセプト）を作成する医事会計システムが存在する。ここに格納されているレセプト情報を収集データの核とした。また、検体検査結果、内視鏡や放射線検査などの画像、院外処方の内容についてはレセプトには記載されていないため、各々の機器からデータ収集する形としている。

外注される検体検査では、受託する検査会社でデータ化されているのが通常であり、院外処方を受ける保険薬局ではほぼ標準化されたシステムが用いられている。これらもネットワーク接続にてデータを収集している。

しかし、データを格納している機器では連携システムへの出力が想定されていないため、機器ベンダーに協力を仰いで、収集端末を介した自動データ収集を実現した。収集端末は汎用収集エンジンを持ち、接続機器ごとの設定ファイルを参照してデータを収集するため、医療機器接続に対する柔軟性が高い。

また、収集端末にはデータ収集に同意している患者のリストがあり、その患者のデータのみがデータセンターへ送られるようになっている。



出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

電子カルテの普及は一定規模以上の病院に偏っている。「さどひまわりネット」のコンセプトは電子カルテの有無や施設規模に依存しないしくみであり、佐渡に限らず他地域でも利用できる汎用性を目指して設計されている。

⑥ システムの特長

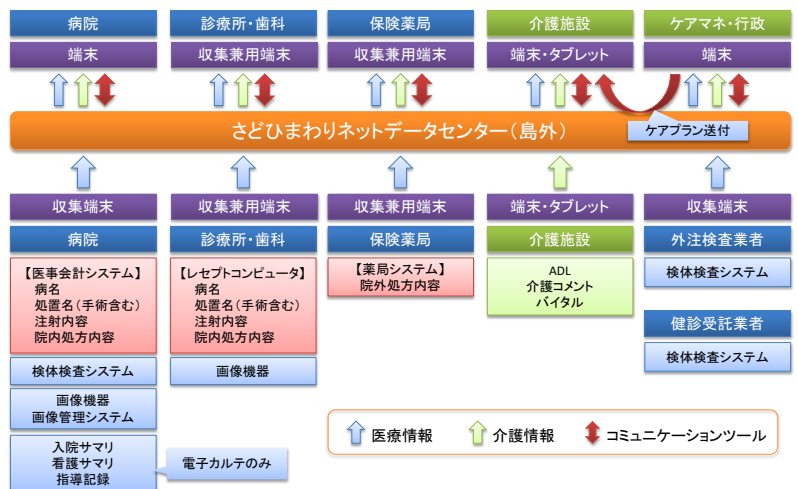
他のシステムが時間軸を横方向にとっているのと同じ、ひまわりネットでは時間軸を縦方向に持っており、時系列が過去から現在まで縦スクロールで閲覧できるようになっている。

ただし、検体検査結果を時系列で見るとは横方向の時間軸で表示される。こうした操作性は、マニュアルがなくても誰もが直感的に使えるようデザインされている。

検体検査結果を時系列表示するには検査項目を示すコードを標準化する必要がある。しかし、検査項目数は膨大であり、参照頻度が高い120項目程度のみを時系列表示対象とした。

介護情報を参照する機能も有し、そのポータル画面では、医療を含む担当者や利用している施設などが表示される。なお、この画面は医療情報のポータル

「さどひまわりネット」の構成



出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

タル画面と異なるが、相互に行き来できるようなインターフェースとしている。

また、キーパーソン、要介護度、血液型、アレルギー歴などの患者プロフィール参照機能も持つが、自動収集対象ではなく、手動入力が必要である。

⑧さどひまわりネットの導入

「さどひまわりネット」導入費用は平成 21 年度地域医療再生基金を充当した。この基金は維持費には使用できない制限があり、システム保守費、事務的運用費用は参加施設の利用料で賄っている。施設の参加は利用料を提示した上で募集しており、現在の施設参加率は 6 割となっている。

(4) 取組の成果

①登録状況について

運用開始時には約 6000 人 = 島民の約 10%から同意を取り、現在は島民の約 28% (15,500 人程度) になっている。同意島民 15,500 人のうち後期高齢者は約半分の 7,000 人程度であり、後期高齢者においては比較的高い割合で登録されている。

住民: 約15,548名 人口比28%

施設: 77/131 約6割

- 病院 6/6
- 医科診療所 14/21
- 歯科診療所 6/23
- 調剤薬局 15/23
- **介護施設 35/57**
- 行政(佐渡市) 1

地域包括ケア推進室・市民生活課

2019.01.04現在

- 個人情報保護法の観点から、
- 情報の利用範囲を明示し、
 - 同意撤回を随時可能とした上で、
 - **個別に同意を取得する**

参加施設では、

- 情報を利用する規約を遵守する義務を負う

同意住民・参加施設が少なければ意義が乏しい

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

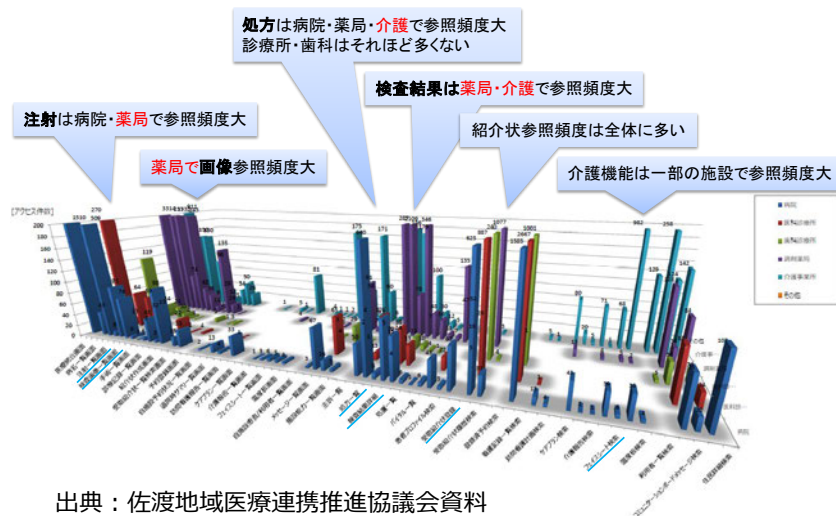
②運用開始後の利用状況

どのような機関がどういったデータを見ているのか、参加施設別の機能利用頻度のログがとれるようになっている。

診療所では病院紹介後の治療内容を参照できる。また、処方内容については、どの機関でも参照が多い。例えば、保険薬局では院外処方箋には記載されない病名を参照し、服薬指導に利用している。

介護施設で一番参照頻度が高いのは処方内容であり、施設利用者の持参薬として、1年以上前の薬や既に中止している薬が含まれていることもあり、内容を確認するのに便利に使われている。また、介護施設でも看護師が検査画像や血液検査の結果を閲覧していたり、退院直後の患者が入院中の注射薬等、どのような処置処方されたかを閲覧していたりする。

参加施設分類別機能利用頻度



③ユーザ会（オフ会）の重要性

ユーザ会（オフ会）を定期的で開催している。連携先と顔見知りになることで連携ツールを使いやすくなるという効果がある。

顔見知りであれば電話しやすいように、知っている者同士であれば連携システム利用だけでなく、積極的な協働につながる。介護関係者からスタートしたユーザ会も多くの職種に広がった。



- 介護系中心にスタート
- さどひまわりネットユーザーに限らない自由参加
- 医師・看護師・薬剤師・訪問看護、市職員・議員、保健所も参加
- 開発業者も参加；現場の要望収集、質問への回答
- 運営はユーザー会役員、協議会は事務作業のみ



- ICTを離れた取り組み
- “顔見知り”になる機会

ツールの構築以上に重要

※写真は佐渡地域医療連携推進協議会より提供

④データ分析と成果について

連携システムの利点はリスク回避が中心であり、患者側がシステムのメリットを直接感じることはほとんどない。処方や検査の重複回避や医療費抑制など安易な定量的評価をはじめから求めると、連携システムの普及を妨げかねない。

将来的には、健診による重症化予防など中長期的な効果の検証に活用できると推察される。また、連携システムのデータを元にした医療保健行政計画の立案が望ましい。

定性的な成果としては、患者や家族との会話のネタや安心感の提供、連携時の関係者間のコミュニケーションの円滑化等の効果が実際に得られている。

今後について

(1) 今後の課題

①利用拡大と二次利用・広域連携対応

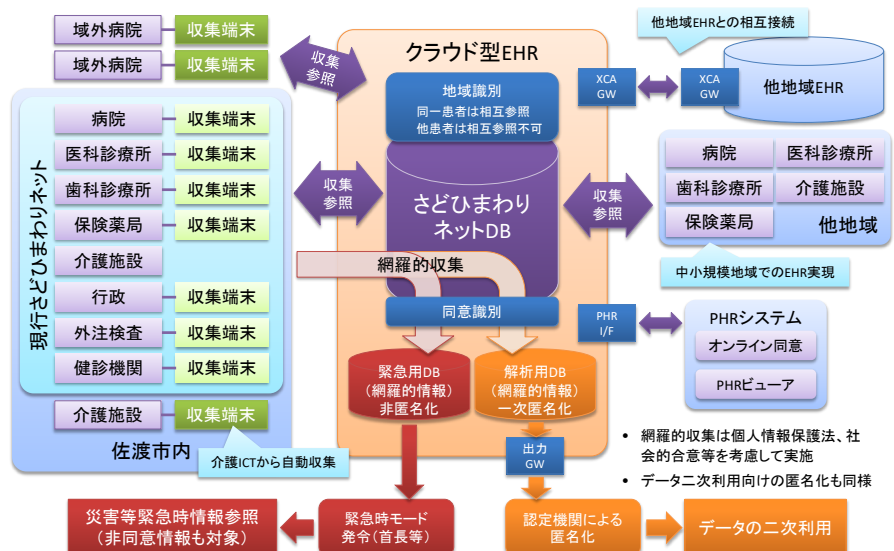
今後求められるべき要件は以下になる。

- **データの二次利用対応**
 - 集計・解析機能を備える、または第3者に委託できる条件が整っている
 - 第3者へデータまたは解析結果を提供できる条件が整っている
- **広域連携対応**
 - 地域連携システム間接続により、相互参照が可能

介護情報の記録様式は施設間で異なり、文章としての記録も多い。標準化することで、リハビリや食事の経過などの経過が見られて理想的であるが、なかなか進んでいないのが現状である。

なお、「さどひまわりネット」自体、便利なツールとしては認識されているものの、なくては困るレベルにまで理解が進んでいない。必要な時だけ使うのではなく、医師の意識としても日常的に参照すべきツールにならなければならないと考えており、普及・啓発に今後は取り組んでいく予定である。

「さどひまわりネット」の今後の展開



出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

② クリニカルパスの拡大

退院後の通院診療、介護介入には複数の医療機関や介護事業者が関与する。入院中だけでなく、退院後の医療・介護サービス提供を含めたクリニカルパスを策定し、「さどひまわりネット」で共有できれば多職種協働が行われやすい。

さらに、入院前の状況を共有できれば入院時からの診療計画を立てやすい。このように、住民の時間軸に沿った情報共有を全島で実現することで少ない社会保障資源を効率的に利用可能となる。

③ 意志決定まで含めた ICT 化

診療計画から生活復帰の過程では患者の意思決定が絶対に必要である。患者が決定した意志は、医療・介護情報と同様に共有すべき情報である。「さどひまわりネット」の情報共有機能により仕組み上は実現できるが、決定意思は状況によって変化するため、誰がいつ確認したかなど決定意思情報の更新管理が課題である。

(2) 現在の取組

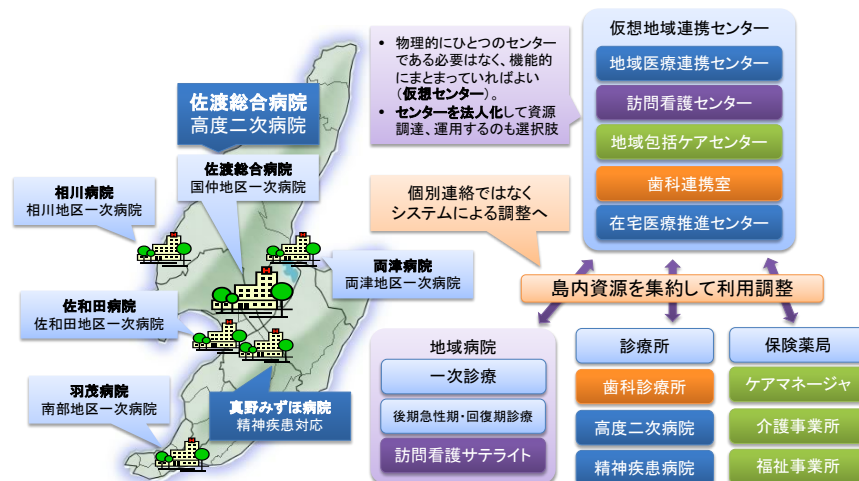
① 今あるリソースを有効利用

日本は人口が減少する縮小社会である。佐渡はその最先端地域であり、患者の減少や高齢化による医療機関収益の低下、医療従事者の減少などから医療機関存続の危機にある。資源不足は介護事業者も同様であり、人口減による社会の縮小よりも、先に社会保障サービスが縮小して無くなってしまふ事が問題である。

少ない医療・介護資源を破綻しないように維持していくには、連携を前提とした機能分担を推し進めなければならない。つながる機能分担には、島内の医療機関や介護施設各々が提供できる機能を一元的に把握し、住民の状態に合わせて入院前から退院後の行き先まで対応施設を円滑に調整できる体制が必要となる。

分担機能を連携するには、住民の情報を担当する施設間で共有しなければならないが、ここに「さどひまわりネット」が活躍する。

資源調整機能：地域連携センター構想



②佐渡を超高齢社会における社会保障体制を学ぶ学校に

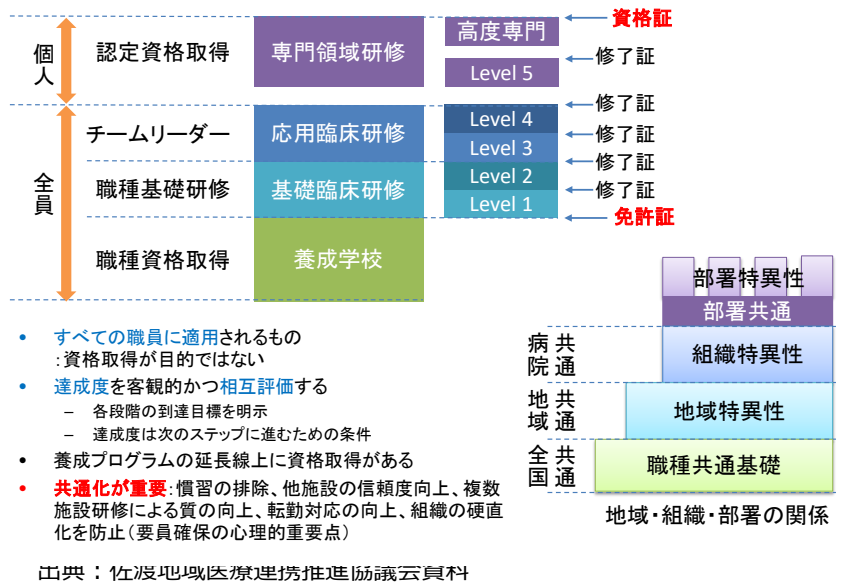
つながる機能分担には、各施設に従事する職員のスキルを担保することも必要である。これを実現すべく、職種別に養成プログラムを策定し、基本的に習得すべき部分は佐渡島内で標準化しようとしている。

さらにこれを拡大し、佐渡全体を超高齢化社会における社会保障体制を学ぶ学校と捉えようと構想している。学校のカリキュラムに相当するものが職種別佐渡標準養成プログラムである。佐渡は高齢化最先端地域であり、学校化はこれからの日本で活躍できる人材の輩出に貢献できると考えている。

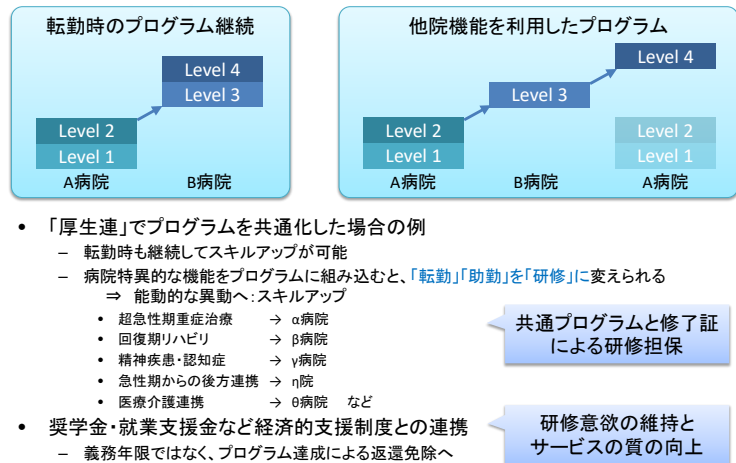
2019年3月に、佐渡市、佐渡保健所、佐渡の医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、介護事業者、福祉事業者などが集まり、佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会を設立した。7つの作業部会から構成され、各現場に即した病院部会・在宅医療部会・介護サービス部会・障害福祉サービス部会、多施設連携を図る連携部会、また、資源管理をするための資源管理部会、標準養成プログラムの策定や施設間研修を図る学習研修部会、さらに取組を島内外に広報し、従事者確保につなげる広報部会である。

こうした取り組みは、少ない資源を有効に活用するための機能分担と人材確保を実現するための具体的方策である。

養成プログラムの概念



養成プログラムの展開



工程表

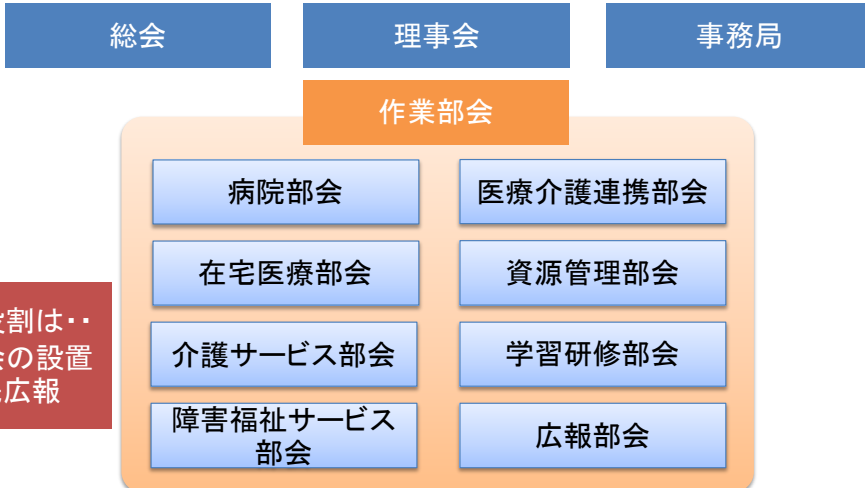
平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
<ul style="list-style-type: none"> 新潟県が平成21年の地域医療再生計画を策定 地域医療再生計画の医療情報連携ネットワーク構築事業に選定 	<ul style="list-style-type: none"> 佐渡医療圏地域医療再生計画推進協議会および地域医療連携ネットワーク事業検討委員会を開催 運営主体である佐渡地域医療連携推進協議会立上げ コンサルタントをプロポーザル方式で選定、要件定義を取りまとめ 		<ul style="list-style-type: none"> 平成24年12月～平成25年2月に稼働前システムテスト実施 平成25年3月に最終テストを実施 	<ul style="list-style-type: none"> 正式稼働開始 稼働後3ヶ月の初期対応を行う契約
	計画ステップ	構築ステップ	テスト稼働	本稼働

佐渡の課題対応体制と作業部会の役割・関係

佐渡の課題対応体制

平成31年3月25日設立！

佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会

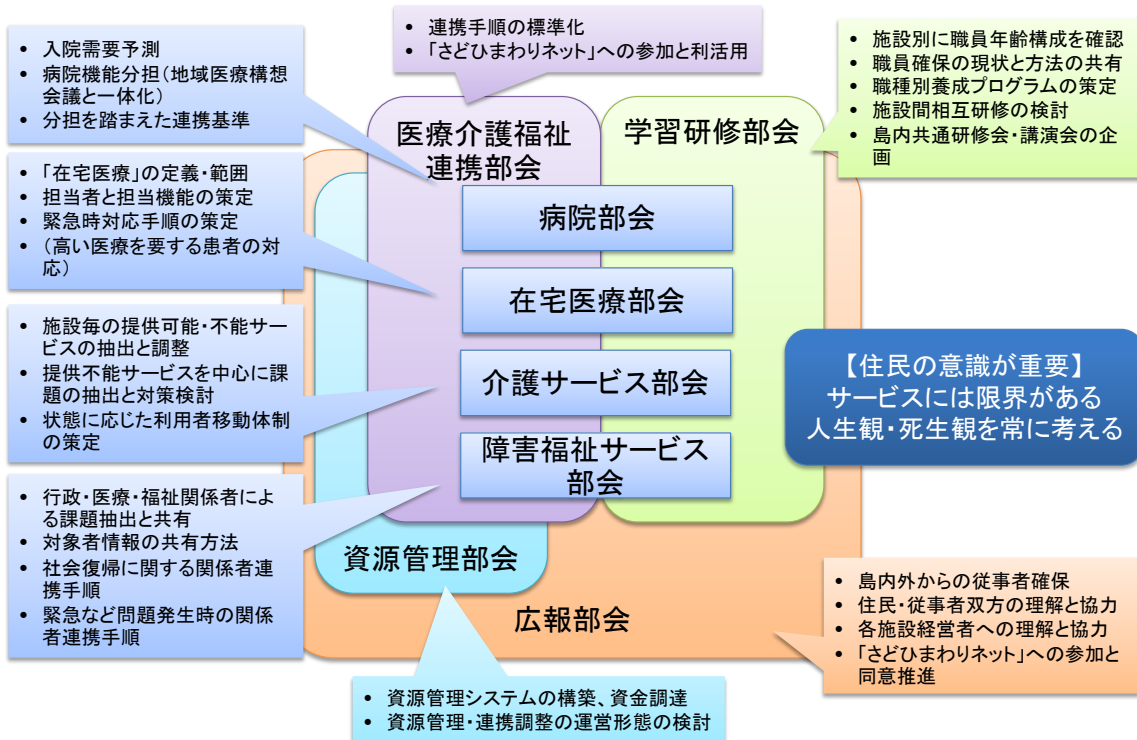


行政の役割は・・・協議会の設置と住民広報

佐渡市、新潟県佐渡地域振興局（佐渡保健所）、病院、佐渡医師会、佐渡歯科医師会、新潟県看護協会佐渡支部、佐渡薬剤師会、介護事業所、社会福祉協議会、福祉事業所

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

作業部会の役割と関係



出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

成果物①医療統合画面：医療情報ポータル

さどひまわりネット x

患者/利用者番号 10239570 連携ID SD00000018944

サド トキオ 佐渡 時男 (模擬患者)

医療統合 > 医療統合画面

検索条件

表示期間 2017/08/28 ~ 2017/08/28

表示医療情報

検査 リセット

患者情報一覧

27件中、1件から20件まで表示しています。

日付	施設 診療科	主訴	病名	処方	注射	検査結果	検査画像	処置	手術	バイタル	看護	診療記録
2013年 07月09日	佐渡総合病院		? 病名不明				ES CR CR CR CT CT CT					
2013年 07月09日	佐渡総合病院 外科		? 病名不明	処方		検査結果						
2013年 06月28日	佐渡市立西津 病院 内科		? 病名不明	処方								
2013年 06月25日	佐渡総合病院 消化器内科		F 病名あり F 病名あり	処方								
2013年 06月25日	佐渡総合病院 外科		F 胃壁の疑心 F 病名あり									

再読み込み

1 2 次へ >

Powered by ©Yr.Carwas-en (Nihon Unisys, Ltd.)

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

成果物②処方一覧

さどひまわりネット x

患者/利用者番号 10239570 連携ID SD0000018944

サド トキオ
佐渡 時男 (模擬患者)

生年月日 1955(昭和30)年01月01日(62歳07ヶ月)

参照中患者 佐藤 賢治 1

前 ア 副 禁

新規登録 印刷 再読み込み 医療総合

処方 >> 処方一覧画面 処方一覧

10件中、1件から10件まで表示しています。 1

処方日	施設 診療科	処方コメント	薬品名 (薬品コメント)	一回量 / 全量	一日量	単位	用法	頓服 頓用	回数 回数	RPコメント	操作
2013年07月09日	佐渡総合病院 外科		タケブロンOD錠30	1	1錠	錠	1日1回朝食後		14		編集
2013年06月28日	佐渡市立両津病院 内科		アムロジンOD5mg錠	1	1錠	錠	1日1回朝食後		28		
			オルメテック錠20mg	1	1錠	錠	1日1回朝食後		28		
			メハロチン錠10	1	1錠	錠	1日1回朝食後		28		
2013年06月25日	佐渡総合病院 消化器内科		タケブロンOD錠30	1	1錠	錠	1日1回朝食後		14		編集
2013年06月06日	羽茂病院 整形外科		セレコックス錠100mg	1	2錠	錠	1日2回朝・夕食後		28		
			ロキソニンテープ50mg	1	1枚	枚	1日1回貼付		21		
			アムロジンOD5mg錠	1	1錠	錠	1日1回朝食後		28		

Powered by ©Yr.Canvas-en (Nihon Unisys, Ltd.)

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

成果物③検査結果

さどひまわりネット

患者/利用者番号 連読ID SD

参照中患者 佐藤 賢治

生年月日 19 (昭和)年03月 日 (歳05ヶ月)

検査詳細 医療統合

検査結果一覧画面

検査結果略系列一覧

27件中、18件から27件まで表示しています。

最初 前の対象日

検査種別	20 年 04月 日	20 年 04月 日	20 年 04月 日	20 年 04月 日	20 年 05月 日	20 年 05月 日	20 年 05月 日	20 年 06月 日
検体検査	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院
検査項目名	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院	佐渡総合病院
白血球数	8.32	9.12	9.33	7.21	6.57	6.88	5.80	4.63
ヘモグロビン	10.4	10.2	9.9	9.1	8.4	9.0	8.8	9.9
網赤血球数	18.0	17.2	16.9	14.9	11.7	21.6	20.0	14.5
血小板数	18.0	17.2	16.6	14.9	10.8	16.0	15.6	18.4
GOT	32	30	30	22	19	18	23	25
GPT	25	25	25	17	15	13	15	18
LDH	351	351	353	359	287	250	280	286
アルカリフォスファターゼ	252	238	238	262	242	210	214	216
g-GTP	29	25	25	23	20	20	18	19

服薬・生活注意

Powered by ©Yr.Canvas-en (Nihon Unisys, Ltd.)

健診データも
表示対象

「変化」の把握

施設をまたがって
横時系列表示

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

成果物④介護統合画面：介護情報ポータル

さどひまわりネット x

← → C <https://sdh.sadohimawari.net/hcrm/web/views/page/careInfo:careIntegration/> ☆

さどひまわりネット 参照中患者 佐藤 賢治 1

患者/利用者番号 10239570 連携ID SD0000018944

サド トキオ 佐渡 時男 (模擬患者) 生年月日 1955(昭和30)年01月01日(62歳07ヶ月) 前 ★ ア 副 禁

介護統合 > 介護統合画面 施設能力検索 連携バス ケアプラン 介護サービス利用記録 介護報告 生活指導 フェイスシート 服薬計画 住民詳細 設定

統合スケジュール (2017年08月) 月次カレンダー

08/27 (日)	08/28 (月)	08/29 (火)	08/30 (水)	08/31 (木)	09/01 (金)	09/02 (土)

生活指導一覧

指導内容	状態	登録日時	登録施設	登録者
しばらくの間、甘いものは控えるようにしてくだ...	実施中	2017年02月25日 20時46分	NPO 佐渡地域医療連携推進協議会	確認ユーザ ヘルスケア

連絡コメント一覧

対象データは0件です。

関連ユーザー一覧

5件中、1件から5件まで表示しています。 1

施設	役職名	氏名
NPO 佐渡地域医療連携推進協議会	医師	確認ユーザ ヘルスケア
NPO 佐渡地域医療連携推進協議会	医師	確認ユーザ ヘルスケア2
佐渡総合病院	医師	佐藤 賢治
NPO 佐渡地域医療連携推進協議会	システム運営者	ひまわりネット 保守運用
NPO 佐渡地域医療連携推進協議会	介護施設長・介護支援専門員	練習用 ユーザ2

利用中施設一覧

8件中、1件から8件まで表示しています。 1

施設	電話番号
NPO 佐渡地域医療連携推進協議会	0259-63-6376
真野みずほ病院	0259-55-1122
ソクイ佐渡さわた	0259-51-4555
ソクイ佐渡かない	0259-61-1621
佐渡総合病院	0259-63-3121
羽茂病院	0259-88-3121
佐渡市立両津病院	0259-23-5111

服薬情報一覧

タイトル	服薬内容
2月2日説明用	バファリン 2錠

受診歴一覧

受診日	施設	電話番号
2013年07月09日	佐渡総合病院	0259-63-3121
2013年06月28日	佐渡市立両津病院	0259-23-5111
2013年06月25日	佐渡総合病院	0259-63-3121
2013年06月06日	羽茂病院	0259-88-3121
2013年05月31日	佐渡市立両津病院	0259-23-5111

Powered by ©Yr.Canvas-en (Nihon Unisys, Ltd.)

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

成果物⑤フェイスシート

動作	説明
基本動作	安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている。
移動動作	自分で食べることは行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている。
食事動作	洋式便器の移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普設から床上で排泄を行っている。
排泄動作	第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内で座位保持は行っている。その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている。
入浴動作	更衣の際のボタンのかけ外しを自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分で行っている。
更衣動作	髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分で行っている。
整容動作	書き言葉は理解していないが、日常会話が行っている。
交流動作	見守り(介護者の指示含)
【練習用】着脱—上着の着脱	

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

成果物⑥コミュニケーションボード

The screenshot displays the 'CoEsse MC' Communication Board for a patient named 越瀬 太郎 (Taro Kose). The interface includes a header with navigation options like 'ホーム', 'プロフィール', and 'メッセージ'. The main content area is titled '越瀬 太郎 さん 褥瘡の経過について' (Regarding the course of Mr. Taro Kose's bedsores). It features a '検査条件を表示する' (Show search conditions) button and a list of messages from healthcare providers at '介護老人保健施設 秋本 大悟' (Nursing Home Akiyama Daigo) and 'イーエー薬局 前田 金太郎' (Ee Pharmacy Maeda Kantaro). The messages discuss the patient's bed sore status and care plans. A '個人設定' (Personal Settings) panel on the right shows notification preferences and a list of participants. The bottom of the screen has a '添付' (Attach) button and a '発言' (Post) button.

個人設定
 発言通知を受け取る
 参加ユーザー 3 人

参加コミュニティ

- 介護老人保健施設... 秋本 大悟 (作成者) ケアマネージャー
- HCRC病院 財前 史郎 (管理者)
- イーエー薬局 前田 金太郎 (管理者)
- 薬剤師

メッセージ履歴

- レベル2 褥瘡について、その後の状況を報告します。
 2016年09月30日 09時15分

→ [介護画像記録詳細画面](#)
 亜鉛華軟膏の塗布処置を行い、穴がふさがり滲出液もほぼ収まりました。
 2016年09月30日 09時22分

画像を見る限り、だいぶ良い様子です。今後の方針を判断するために一度診察に伺います。
 2016年09月30日 09時23分

乾燥しすぎている様子であれば、亜鉛華軟膏から亜鉛華軟膏へ切り替えの検討をお願いします。
 2016年09月30日 09時24分

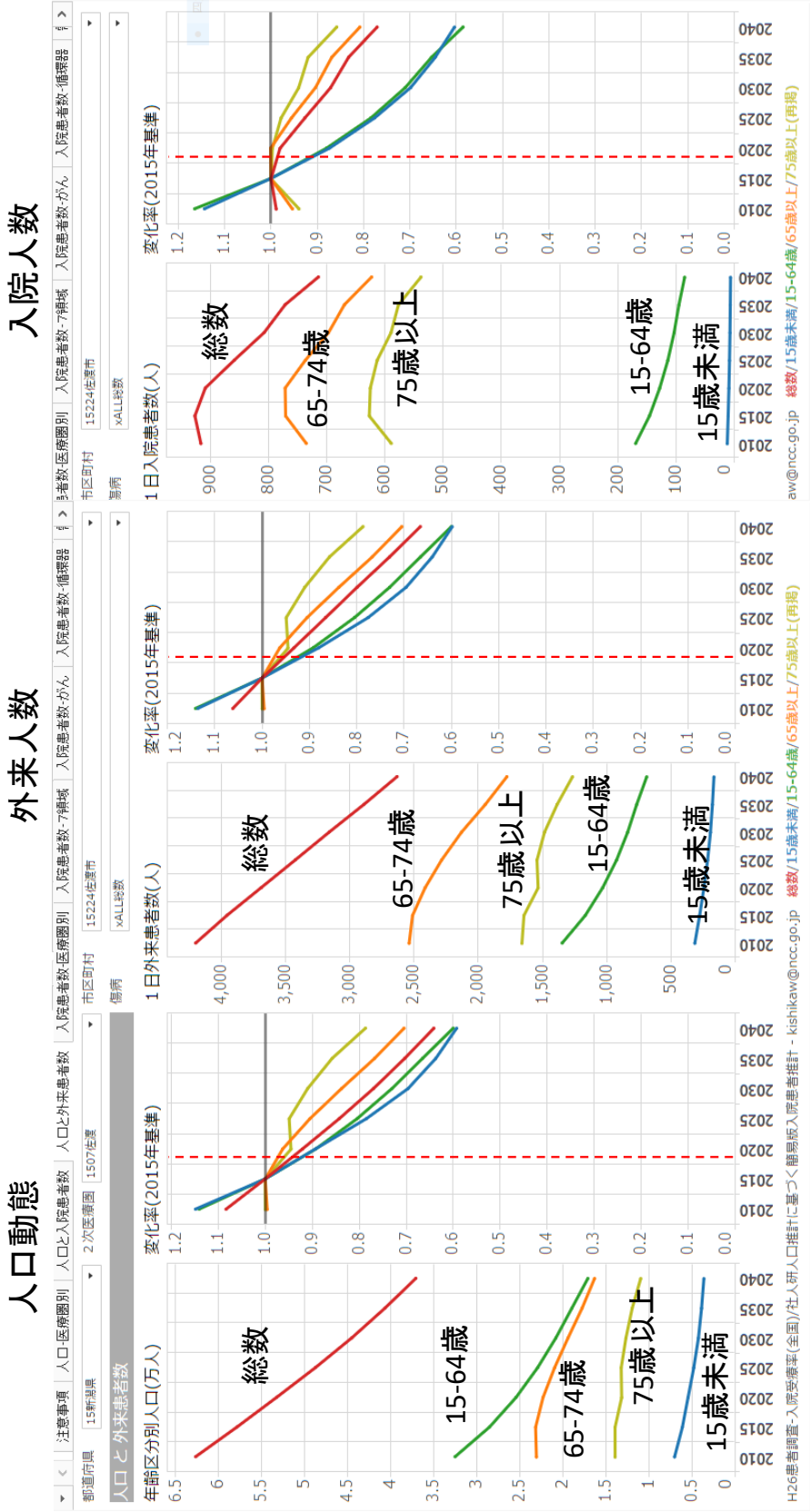
了解しました。
 2016年09月30日 09時25分

→ [介護画像記録詳細画面](#)

Copyright © HealthCare Relations Co., Ltd. All rights reserved.

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

参考資料：佐渡の医療需要予測



<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>

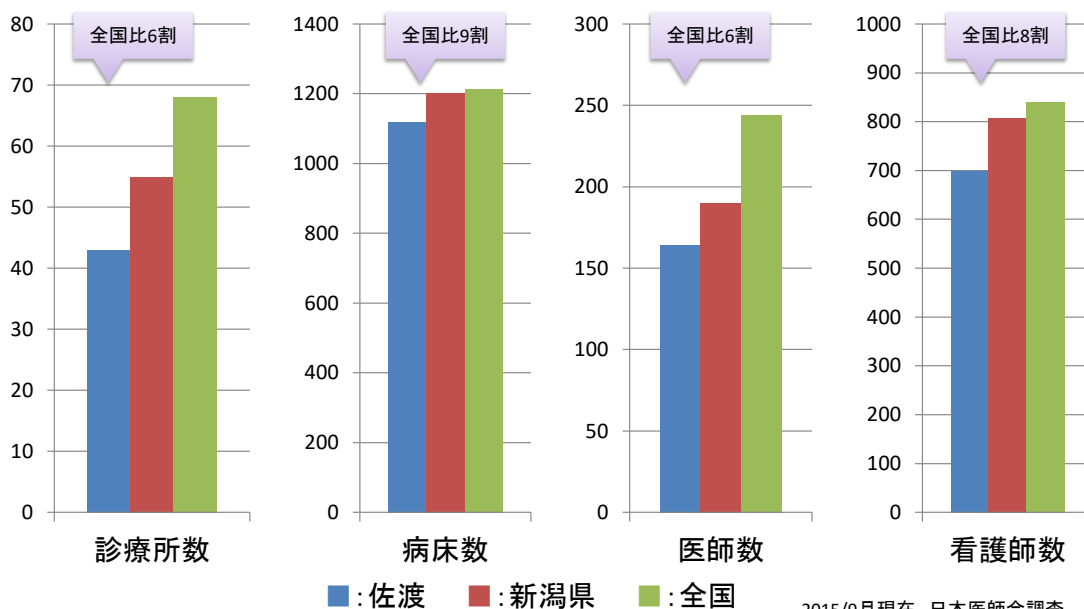
佐渡市：人口約56,300 高齢化率41% 単独の二次医療圏

出典：佐渡地域医療連携推進協議会資料

参考資料：佐渡の医療資源と介護資源

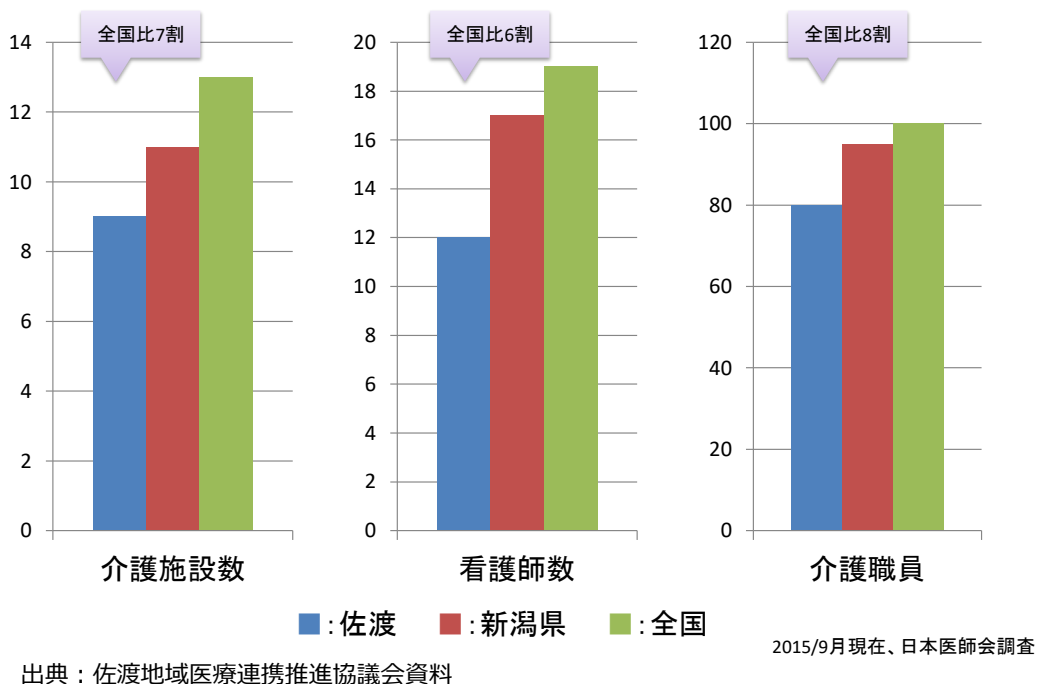
佐渡の医療資源

人口10万人あたり



佐渡の介護資源

75歳以上人口千人あたり

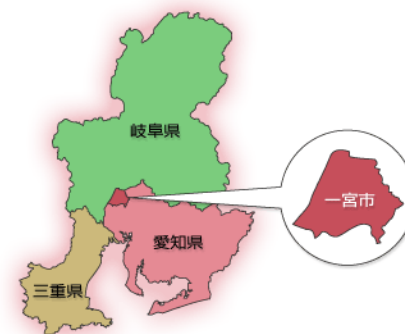


愛知県一宮市：一般社団法人一宮市医師会

地域概要

一宮市は、愛知県北西部に位置し、古くから毛織物の生産を軸とした繊維産業で盛んな商工業都市で、人口 38 万人を超える県内有数の都市である。将来の総人口の微減と 65 歳以上人口の増加が予測されている。現在、高齢化率は 25.7%と全国平均の 26.6%を下回る（平成 27 年）。一宮市の地域医療は、会員組織率 99%を誇る一宮市医師会が強い使命感を持って担っており、市の医療行政に対しても積極的に提言を行って来ている。また、在宅医療にも、従来から多くの医師が積極的に取り組んでいる。

一宮市は、稲沢市とともに尾張西部二次医療圏を構成し、圏域人口は約 51.7 万人で、高齢化率 25.7%である（平成 27 年）。二次医療圏内の医療施設数は、救急救命センター 2、救急告示病院 11、災害拠点病院 3、地域がん診療連携拠点病院 1、緩和ケア病棟を有する病院 1、地域医療支援病院 2、分娩取扱施設数 9 となっている。



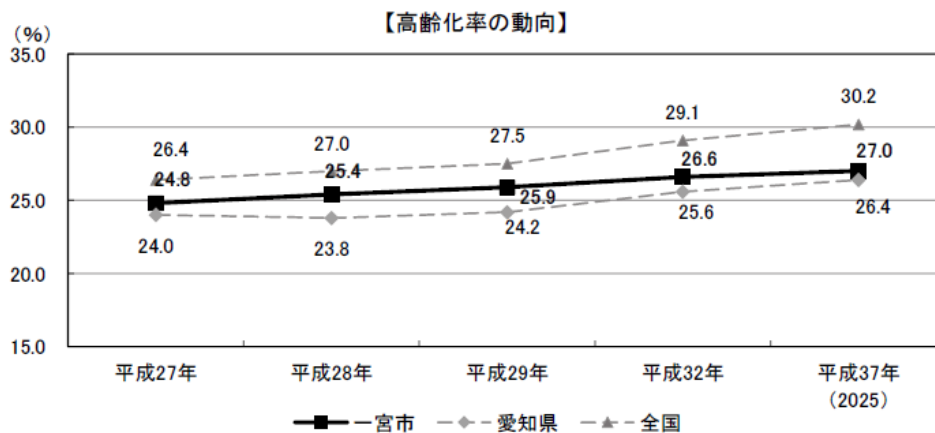
人口・面積

- 人口： 385,453 万人（住民基本台帳：平成 31 年 3 月 1 日現在）
- 面積： 113.82 km²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

一宮市の高齢化率は、愛知県平均を上回るものの、全国平均を常に下回る水準で推移する推計となっている。



※全国及び愛知県の数値は、総務省「推計人口」、平成 29 年の数値は速報値

○地域医療資源（人数、施設数）

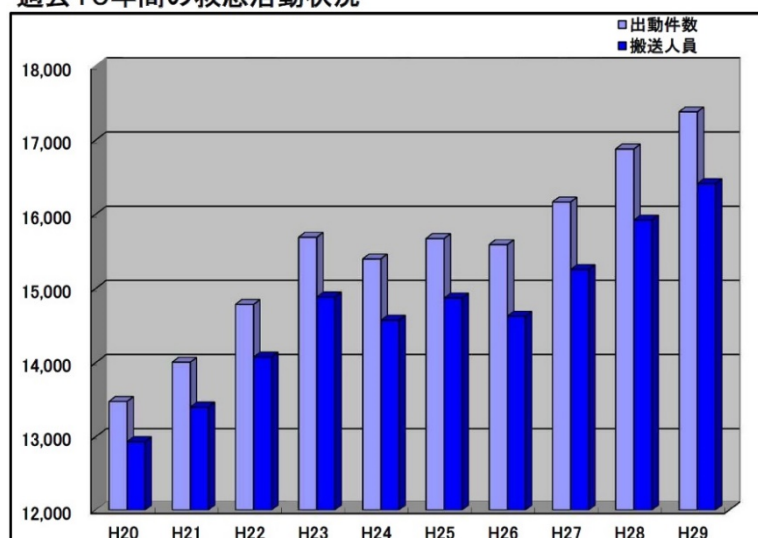
- 医師数 761（人口 10 万人あたり 199.81、全国平均 237.28）
- 一般診療所 213（人口 10 万人あたり 55.92、全国平均 68.04）、うち在宅療養支援診療所 53（人口 10 万人あたり 13.92、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 266（人口 10 万人あたり 69.84、全国平均 73.57）
- 病院 16（人口 10 万人あたり 4.20、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 0.26、全国平均 1.07）、病院病床数 3,598（人口 10 万人あたり 944.68、全国平均 1,201.30）
- 歯科 175（人口 10 万人あたり 45.95、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 40（人口 10 万人あたり 10.50、全国平均 8.75）
- 薬局 176（人口 10 万人あたり 46.21、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 53（人口 10 万人あたり 13.92、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（一宮市消防本部の管轄区域：一宮市の 113.82k m²）

- 消防署数 3（他に分署 1、出張所 8）、職員定数 395 人、救急車 14 台（うち非常用 3 台）
- 平成 29 年救急出動件数 17,381 件（10 年前の 1.29 倍）、搬送人員 16,416 人（同 1.26 倍）
- 上記のうちの急病件数 11,554 件（10 年前の 1.37 倍）、急病搬送人員 10,985 人（同 1.36 倍）
- 平成 29 年急病搬送人員 10,985 人の傷病程度別の内訳：死亡 231 人（2.1%）、重症 817 人（7.4%）、中等症 4,226 人（38.5%）、軽症 5,711 人（52.0%）
- 平成 29 年急病搬送人員 10,985 人の年齢別の内訳：新生児 6 人（0.1%）、乳幼児 471 人（4.3%）、少年 297 人（2.7%）、成人 3,112 人（28.3%）、高齢者 7,099 人（64.6%）

過去10年間の救急活動状況



出典「一宮市消防年報 2018」より抜粋

事例の概要

一宮市の在宅医療・介護連携は、地元医師会（一宮市医師会）が推進役となり、実態調査や関係団体へのヒアリング等によって、地域資源の把握や連携課題を整理し、平成 26 年 12 月医師会から市に対し施策提言を行ったことで、大きな弾みとなった。

在宅医療・介護連携事業は、市主催の「**一宮市在宅医療・介護連携推進協議会**」で方針が検討され、現在その下部組織である 2 ワーキンググループ（医師会主催と市主催）で、具体的な施策検討や実施が行われている。

市から在宅医療・介護連携推進事業の一部を委託された市医師会は、行政と協力して、在宅医療や救急医療のスムーズな連携に向け、市内共通様式である「在宅医療・介護連携様式」（4 種類）の開発・普及、延命医療・終末期医療に向けた市民・医療介護職への啓発活動にも取り組みを拡大している。

■協議体「一宮市在宅医療・介護連携推進協議会」と「一宮市在宅医療・介護連携推進委員会」

■医師会（一宮市医師会）の取り組み

- 在宅療養支援システム（昭和 63 年 3 月～平成 12 年 3 月）
※当該システムは昭和 63 年より医師会として取り組んでいたが、介護保険制度の開始とともに取り組まれなくなった。しかし、今日の取組の前身となっている。
- ・登録医師 86 名、登録患者 387 名、実務者会議（月 1 回）、退院時連絡会議（153 回）、FAX 網整備、患者データの一元管理
- 市内共通様式（4 種類）の作成・活用（平成 30 年 5 月～）
 - ・「**一宮市在宅医療・介護連携様式の手引き**」平成 30 年 5 月完成
 - ・在宅医療・介護連携の共通 4 様式：①一宮市地域連携アセスメントシート、②救急患者基本情報シート、③一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）、④主治医・ケアマネジャー FAX 連絡票
- 一宮市在宅医療・介護情報共有システム「**ささえ i ネット一宮**」の運用（平成 27 年 4 月～）
 - ・クラウド型情報共有システム（株）カナミックネットワーク
 - ・対象者（市内の在宅療養者）：医療依存度の高い方、重度の認知症、複数サービスの利用者など
 - ・システム使用者：医師・看護職・リハビリ職・介護職・MSW・相談員・ケアマネジャーなど
- 冊子「**一宮市在宅医療あんしんガイド**」（8P）の配布
 - ・市民向けに、在宅医療の内容や各職種の役割、必要な医療費の目安、在宅医療を受けるための準備などを網羅した冊子
- 医療・介護職向け在宅療養相談事業
- 講演会、スキルアップ研修

■行政（一宮市）の取り組み

- 市民向け講座・啓発事業
- 市民向け在宅療養相談事業
- 医療・介護職員多職種連携研修事業

■一宮市社会福祉協議会の取り組み

- 救急医療あんしんキット「**命のボタン**」の配布

【一宮市 & 一宮市医師会の取組概要】

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

(事務局：一宮市)

一宮市在宅医療・介護連携推進委員会

(事務局：一宮市)

在宅医療推進ワーキンググループ

(事務局：一宮市医師会)

検討・推進体制

○構成メンバー（19名）

- ・市医師会担当副会長2名
- ・市医師会担当理事2名
- ・市医師会医師3名
- ・市歯科医師会
- ・市薬剤師会
- ・一宮訪問看護連絡協議会
- ・一宮SW連絡会
- ・ケアマNET一宮
- ・市内6病院
- ・市地域包括支援センター

○開催頻度

- ・年間2～6回

検討

救急患者基本情報
シートの検討・作成

- ①利用シーン
・救急搬送時
- ②利用目的
・普段の状態や緊急連絡先などを事前に把握し、搬送時の正確迅速な情報共有と、情報不足による付き添い負担の軽減を図る
- ③対象者
・在宅療養中、施設入所中の高齢患者
- ④運用方法
・救急搬送時に救急隊や搬送先医療機関へシートを提供
・シートは本人家族、またはケア職種・施設職員が記入
・連絡先変更や状態変化のつど内容を更新
・医師会HPからの電子ファイル提供

展開

救急患者基本情報
シートの配布・周知

- ①対象範囲の拡大 & 会員周知
・施設入所者に加え、在宅療養者にも拡大
・医師会・歯科医師会・薬剤師会会員および介護施設に周知
- ②消防本部・社会福祉協議会へ協力要請
・医師会会長名で、両組織に運用協力を依頼した。
- ③医療・介護関係施設へ配布
・共通4様式と『一宮市在宅医療・介護連携様式の手引き』を市内の医療・介護関係施設に郵送配布

取組の紹介

(1) 取組の背景

以前から地域の医療・介護資源は豊富であり、在宅医療に取り組む医師が多かった（※）が、近年まで地域全体として動きや取組みがほとんど無い状態であった。医師会在宅医療担当理事を含む一部の在宅医から「個々バラバラの活動では将来の超高齢社会を支えられない」との声が少しずつ挙がるようになり、平成 26 年～平成 27 年の「在宅医療連携拠点事業」参加を契機に、一宮市での在宅医療・介護連携は大きく動き出すことになった。本事業で組織化された「一宮市在宅医療・介護連携推進協議会」は、その後、愛知県・県医師会の「在宅医療サポートセンター事業」の受け皿として活動を継続する。

※医師会事務局のお話では、会員施設 202 のうち半数近くは、何らかの形で在宅医療に取り組んでいるとのことであった。

在宅医療連携を進める中で、救急医療、延命治療、終末期医療などの課題も次第にクローズアップされるようになり、本人・家族の意思反映や介護・救急医療関係者の負担軽減などに寄与する取組みの検討・実施へと発展する。

平成 30 年 3 月に「在宅医療サポートセンター事業」は 3 年間の事業終了を迎え、4 月以降は、一宮市事業として、市と一部事業の委託を受けた市医師会が相互に協力し、在宅医療・介護連携推進事業を展開している。

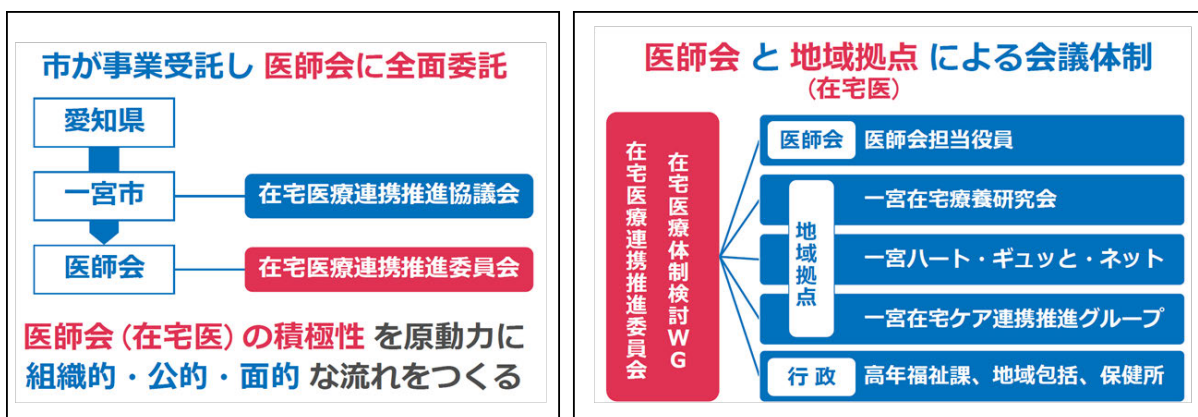
(2) 検討開始

①在宅療養連携の推進体制と経緯

○平成 25（2013）年 6 月～12 月頃：医師会内に「地域包括ケア検討委員会」発足

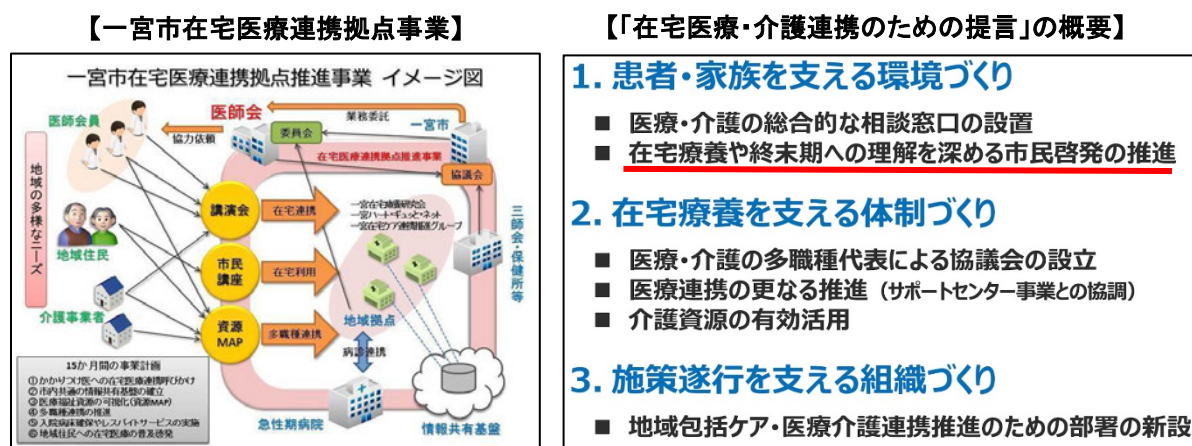
- ・構成メンバー：医師会長、在宅医療担当理事、強化型在宅診療医師、市高年福祉課職員
- ・県の「在宅医療連携拠点事業の参加募集通知」の受領を契機に、事業への参加検討と体制作りのために設置。事業参加で意思統一を図れたものの、メンバーである医師会員の考え方の違いや行政の知識不足も有り、建設的な議論ができる土壌は整っていなかった。
- ・検討委員会では、医師会員対象に「在宅医療に関する会員意識実態調査」を実施、地域全体では病院死が多く看取りを含めた在宅医療は思ったほど進んでいないことが明らかになった。

○平成 26（2014）年 1 月～平成 27 年 3 月：一宮市「在宅医療連携拠点事業」への参加



- ・一宮市が事業受託し、市医師会に全面委託する形で進行。実際には全ての実務を医師会が担い、実態調査で「在宅医療に取り組む意向はあるが実施困難と回答した会員」（全体の約 2 割）を対象にした在宅医療への参加拡大に取り組むこととした。
- ・先ず、市内で在宅医療介護連携を推進する既存の 3 地域拠点である、①一宮在宅療養研究会（強化型支援診療所 11 施設のグループ）、②一宮ハート・ギュット・ネット（H24 厚労省在宅医療連携拠点推進事業者）、③一宮在宅ケア連携推進グループ（市内唯一の在宅療養支援病院 開設法人）に協力を呼びかけ、医療介護の連携推進、在宅医療参入医師の拡大に向けた課題の洗い出しの為に、在宅医のヒアリングを徹底して実施した。

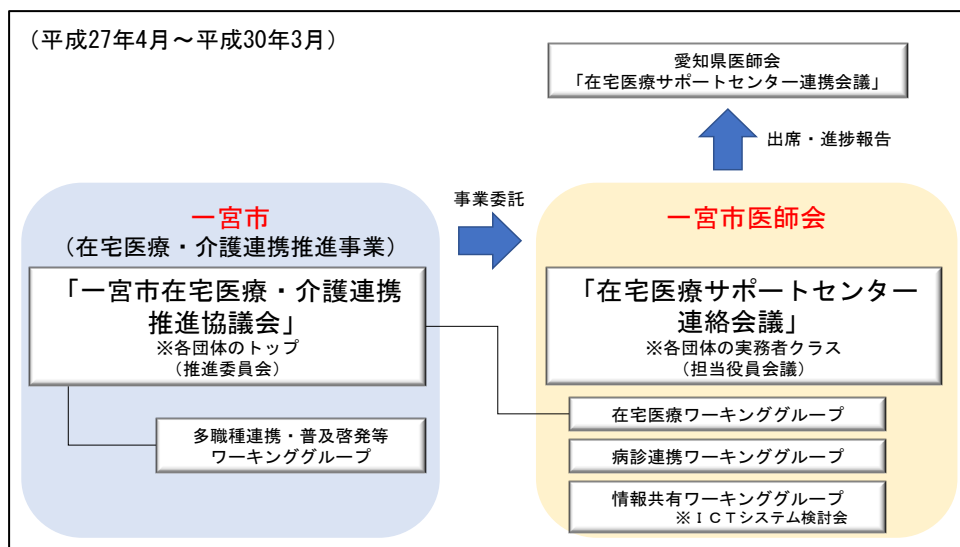
○平成 26（2014）年 12 月：医師会から市に対し「在宅医療・介護連携のための提言」



- ・これまでの活動結果に基づいた施策提言書「在宅医療・介護連携のための提言」をとりまとめ、医師会長から一宮市長に渡す。その結果、翌春、市高年福祉課の再編により、医療介護連携事業担当課が明確化された。

○平成 27 年 4 月～平成 30 年 3 月：愛知県医師会「在宅医療サポートセンター事業」への参加

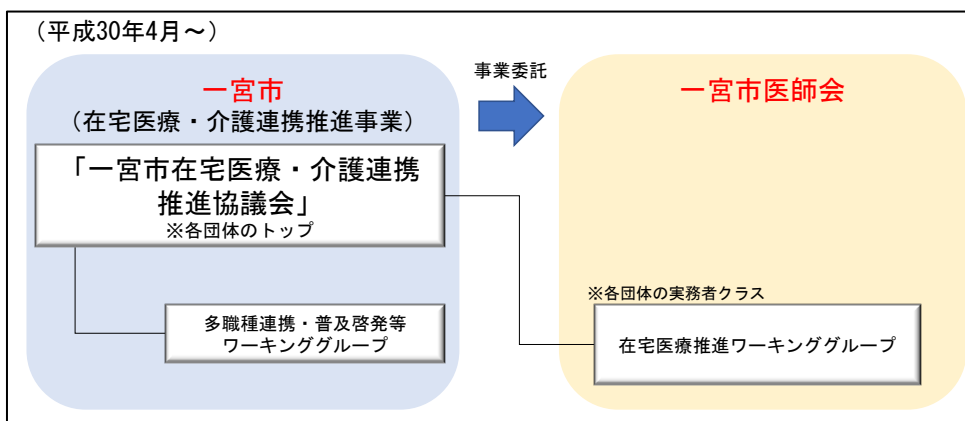
【愛知県医師会「在宅医療サポートセンター事業」の推進体制】



- ・愛知県が愛知県医師会に委託し、県内全域の医師会対象に実施された「在宅医療サポートセンター事業」に参加する形で、実施運営体制（協議会とワーキンググループ）を再整備し、病診連携、在宅委研修、在宅医療に係る共通様式の作成と普及、ICTシステム「ささえいネット一宮」の検討・導入などに取り組んだ。

○平成 30 年 4 月～現在：市から「在宅医療・介護連携事業」の一部を事業受託

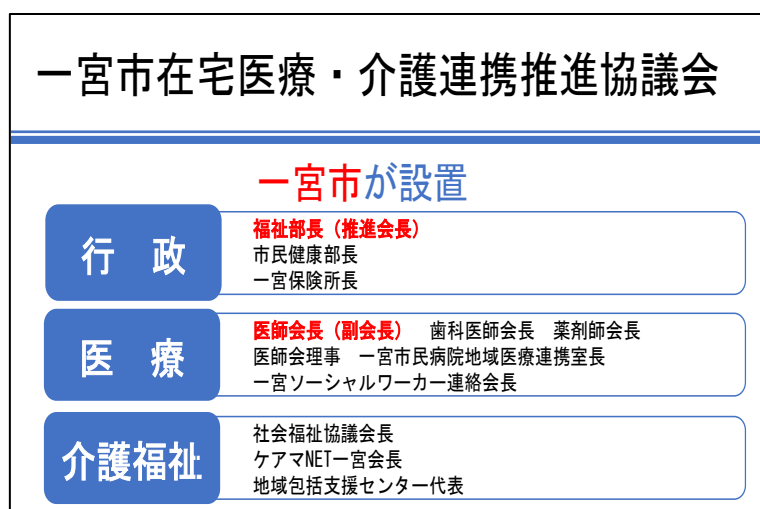
【一宮市在宅医療・介護連携事業の推進体制】



- ・愛知県・愛知県医師会「在宅医療サポートセンター事業」の終了後には、医師会主催の2WG在宅医療と病診連携が合体した「在宅医療推進ワーキンググループ」（平成 28 年 4 月～）と市主催の「多職種連携・普及啓発ワーキンググループ」で、活動を継続している。

②在宅医療・救急医療連携のための検討・推進組織

○会議体「一宮市在宅医療・介護連携推進協議会」（平成 27 年 4 月～現在、市主催）



- ・目的・機能：関係機関の長により構成し、事業全体の統括と協議を行う
- ・構成メンバー（14名）：【協議会長】市福祉部長、【協議会副会長】市医師会長、市医師会副会長、市歯科医師会長、市薬剤師会会長、一宮保健所長、市医師会理事、市内病院地域医療連携室長（2病院）、市社会福祉協議会会長、一宮 SW 連絡会長、ケアマ NET 一宮会長、市地域包括支援センター代表、市市民健康部長
- ・開催頻度：年 2 回程度
- ・検討課題：多職種との連携が図りづらいことへの在宅医の不満があったため、検討課題は「在宅医拡大」から「多職種の情報共有体制の構築」へと変化。在宅利用者情報様式がバラバラで、他の事業所と連携しづらい等の指摘が多かったことから、共通様式の統一。

○会議体「一宮市在宅医療・介護連携推進委員会」（平成 27 年 4 月～平成 30 年 3 月まで）

- ・目的・機能：各ワーキンググループ進捗状況などの報告・検討を行う
- ・構成メンバー（11名）：【委員長】市高年福祉課長、【副委員長】市医師会副会長、市医師会理事、市歯科医師会副会長、市薬剤師会副会長、一宮訪問看護連絡協議会会計、ケアマ NET 一宮副会長、一宮 SW 連絡会会長、一宮保健所保健管理監、一宮市地域包括支援センター
- ・開催頻度：年 4 回程度（討議課題の必要に応じて増減）

○会議体「在宅医療推進ワーキンググループ」（平成 28 年 4 月～現在、市医師会主催）

※在宅医療ワーキンググループ・病診連携ワーキンググループ（平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月）

- ・構成メンバー（19名）：市医師会担当副会長 2 名、市医師会担当理事 3 名、市医師会医師 3 名、市歯科医師会、市薬剤師会、一宮訪問看護連絡協議会、一宮 SW 連絡会、ケアマ NET 一宮、市内 6 病院、市地域包括支援センター
- ・開催頻度：討議課題により開催頻度は増減（年間 2～6 回）

- ・検討課題：①切れ目のない在宅医療提供体制の検討、②急変患者受入等の後方支援体制の検討、③在宅医療職種の資質向上を図る研修会の企画、④地域住民へのかかりつけ医普及啓発講演会の実施、⑤多職種専用相談窓口の運用 ※救急患者基本情報シートの検討・作成を担当

○会議体「情報共有ワーキンググループ」（平成 27 年 4 月～平成 29 年 3 月、市医師会主催。
その後は在宅医療推進ワーキンググループで検討）

- ・構成メンバー（16 名）：市医師会担当理事 2 名、市医師会医師 3 名、市歯科医師会、市薬剤師会、一宮訪問看護連絡協議会、一宮 SW 連絡会、ケアマ NET 一宮、サービス事業者連絡会 3 名（通所部会、訪問部会、施設部会）、市地域包括支援センター、在宅医療連携拠点推進事業地域拠点、情報共有システム開発事業者
- ・開催頻度：討議課題により開催頻度は増減
- ・検討課題：①ささえ i ネット一宮（ICT 情報共有システム）の運用、②各種様式の市内共通化の検討、③医療介護資源の可視化の検討

○会議体「多職種連携・住民普及啓発等ワーキンググループ」（平成 27 年 4 月～現在、市主催）

- ・構成メンバー（16 名）：市医師会医師 4 名、市歯科医師会、市薬剤師会、民生児童委員連絡協議会、一宮訪問看護連絡協議会、一宮 SW 連絡会、ケアマ NET 一宮、サービス事業者連絡会 3 名（通所部会、訪問部会、施設部会）、一宮保健所、市地域包括支援センター 2 名
- ・開催頻度：討議課題により開催頻度が大きく変化
- ・検討課題：①多職種連携研修会の企画、②地域住民への在宅医療普及啓発講演会の企画、③市民フォーラムの企画、④ワーキンググループ内での多職種勉強会の実施

③救急患者の基本情報共有化の仕組み作り

○「救急患者基本情報シート」の概要

- ①利用シーン：救急搬送時
- ②利用目的：普段の状態や緊急連絡先などを事前に把握し、搬送時の正確迅速な情報共有と、情報不足による付き添い負担の軽減を図る。
- ③対象者：在宅療養中、施設入所中の高齢患者
- ④運用方法：
 - ・救急搬送時に救急隊や搬送先医療機関へシートを提供してください。
 - ・シートは本人家族、またはケア職種・施設職員が記入してください。
 - ・連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください。
 - ・医師会 HP からの電子ファイル提供

○「救急患者基本情報シート」作成経過（在宅医療推進ワーキンググループでの検討経緯）

【関係する多職種の業務課題やニーズ把握まで】

※ニーズ把握や検討段階で消防本部は参加していない

- ①**平成 28 年 10 月** 在宅医療推進 WG 平成 28 年度第 4 回:病診連携や後方支援による課題把握のための「アンケート実施」を決定
- ②**平成 28 年 11 月** 在宅医療推進 WG 平成 28 年度第 5 回:「高齢者の入退院及び救急搬送に関するアンケート調査」の内容検討
- ・調査対象：高齢者の入退院と救急搬送に関わる施設の関係職種（診療所、病院、救急医、特養嘱託医、訪問看護、居宅介護支援事業所、老健・特養・グループホーム・老人ホーム・サ高住）
 - ・調査内容：互いの施設や職種に対して入退院・救急搬送での不満・要望を聞く
 - ・形式：無記名・郵送アンケート
- ③**平成 29 年 2 月** 在宅医療推進 WG 平成 28 年度第 6 回：高齢者の入退院及び救急搬送に関するアンケート調査」結果の検討
- ・調査対象全 448 施設に配布し、539 人より回答有り。但し、救急搬送における連携上のトラブルが多い有料老人ホーム、サービス高齢者住宅などの施設からの回答は少なかった。
- ④**平成 29 年 7 月** 在宅医療推進 WG 平成 29 年度第 2 回：高齢者の入退院及び救急搬送に関する意見への対応検討
- ・介護職員による付き添い負担に関する意見が多い。
 - ・特に入所施設（有料老人ホーム、サ高住など）から患者情報が得られないトラブルが多い。
 - ・施設入所の患者は家族も状況を把握していないことが多く、患者を受け入れる側としては、直前の状態、病気、内服、延命希望だけでも知りたい。
- 救急搬送時に必要な「情報伝達ツールの作成」を決定
- ⑤**平成 29 年 8 月** 「救急搬送時の患者情報提供に関するアンケート」実施：二次救急 3 病院に対し、どのような患者情報が必要なのかを確認

**【救急搬送時の患者情報
(急性期病院が必要とする
情報)】**

3 病院に対する「救急搬送
時の患者情報提供に関する
アンケート」結果から、
共通様式のたたき台を作
成

情報項目		一宮市民	総合大雄会	一宮西	たたき台
基本情報	氏名	●	●	●	●
	生年月日	●	●	●	●
	年齢		●	●	●
	住所	●	●	●	●
	TEL		●		
入所情報	入所日			●	
	施設名		●	●	●
	住所		●		●
	TEL		●		●
	担当者名		●		
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	●	●	●	●
	続柄	●	●	●	●
	住所	●	●	●	●
	TEL	●	●	●	●
担当職種	かかりつけ医		●	●	●
	ケアマネジャー			●	●
普段の状態	現病歴	●			●
	既往歴	●	●	●	●
	常用薬	●	手帳添付		●
	アレルギー			●	●
	ADL	●		食事・排泄・活 動・清潔・睡眠・ 認知など	歩行のみ
	意識レベル	●			意思伝達
	介護度			●	
	ペースメーカー		●		
	インプラント		●		
透析		●			
DNAR 延命治療	確認日	●	●(本人・家族)		
	確認内容	●	●(本人・家族)		
急変時	症状経過 特記事項	●	●	●	●
	発見日時				●
	記載者情報				●
	身体症状				●
	最後の食事				●

【共通様式の項目検討から完成まで】

⑥平成 29 年 9 月 在宅医療推進 WG 平成 29 年度第 3 回：運用ルールおよび救急搬送時の患者情報について検討

- ・救急搬送時の患者情報提供と施設職員による付き添い負担の軽減を目的とする。
- ・普段の患者状態を事前に記載しておき、救急搬送時に救急隊に手渡す運用とする。
- ・ADL は必要最低限度のものとする。歩行、意思疎通程度。
- ・救急搬送時に最低限必要な情報のみとし、詳細は後日届くサマリーなどで把握してもらう。
- ・終末期における本人の望みについては、実際判断を迫られる時になると気持ちが変わることも多いので、あくまで事前の意向であって決定事項とはしない。
- ・統一した様式で運用することはよいが、終末期の意思決定支援の土壌ができていない中では使いづらさがある。運用と同時に、意思決定支援などの研修会を継続する

⑦平成 29 年 11 月 在宅医療推進 WG 平成 29 年度第 4 回：救急患者基本情報シート（案）からの変更・追加点について

- ・薬剤情報を添付する場合は、チェックで済むようにする。手書きであっても病院では服用している薬の種類が分かればよく、詳細情報までは不要。
- ・意思決定項目は、確認者と確認日が分かるようにする。情報更新は、時期を定めるのではなく、内容に変更があった場合とする。

○「救急患者基本情報シート」完成までの様式の変遷

平成 29 年 9 月：高齢者救急搬送時の情報提供書（たたき台）WG 第 3 回提示資料

事前に記載（普段の状態）		事前記載日 平成 年 月 日	
フリガナ		性別	男・女
氏名		年齢	歳
自宅住所		生年月日	M・T・S 年 月 日
*現在入所中の場合のみ記載		施設住所	
入所施設名		TEL	() -
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	TEL	自宅・携帯・職場・その他 () -
	続柄	住所	
かかりつけ 医療機関	施設名	担当ケアマネジャー	
	医師名	施設名	
	TEL () -	TEL () -	
病歴等	現在治療中の病気・ケガ		既往歴
常用服用薬			
アレルギー	有・無・不明 ()	歩行	可・一部可・不可
		意思伝達	可・一部可・不可
119番 通報時に記載		記載者氏名	
発見日時 月 日 時 分		所属・続柄	
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など		TEL () -	
最後の食事： 時 分		<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> イビキ呼吸 <input type="checkbox"/> 上手く話せない <input type="checkbox"/> 意識なし	

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

平成 29 年 10 月：高齢者救急搬送時の情報提供書（案）事前送付資料

- ・修正・変更点（黄色マーカー部分）：記入作成年月日の追記、緊急連絡先を 2 名に増設、担当ケアマネの氏名と F A X 番号を追記、延命治療・胃ろう・呼吸困難時の対応等を追記
- ※主に、病院 MSW からの意見で修正

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏 名		生年月日	M・T・S	年 月 日	
自宅住所					

*現在入所中の場合のみ記載		施設住所	
入所施設名		TEL	() -

緊急連絡先 (キーパーソン) ①	氏 名		TEL	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他 () -
	続 柄	住所		

緊急連絡先 (キーパーソン) ②	氏 名		TEL	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他 () -
	続 柄	住所		

かかりつけ 医療機関	施設名		TEL	() -
	医師名		FAX	() -
担 当 ケアマネジャー	施設名		TEL	() -
	氏 名		FAX	() -

病歴等	現在治療中の病気・ケガ	既往歴	
常用薬			
*搬送時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付して下さい			
アレルギー		歩 行	可 ・ 一部可 ・ 不可
麻 痺	左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢	意思伝達	可 ・ 一部可 ・ 不可

● あなたの望みに近いものを選んで下さい（この内容で最終判断することはありません）

死に直面した時	<input type="checkbox"/> 何もせず自然のままがよい	<input type="checkbox"/> 延命治療を行ってほしい	<input type="checkbox"/> わからない
食事が困難になった時	<input type="checkbox"/> 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい	<input type="checkbox"/> 点滴や胃ろうなどの器具を使って、水分や栄養を補給してほしい	<input type="checkbox"/> わからない
呼吸が困難になった時	<input type="checkbox"/> 自力で呼吸ができなくなったら、何もせず自然のままがよい	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使って、呼吸できるようにしてほしい	<input type="checkbox"/> わからない

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

平成 29 年 11 月：救急患者基本情報シート（案） WG 第 4 回で修正された完成版

- ・修正・変更点（黄色マーカー部分）：様式名称の決定、「患者本人の同意」文章の追記、作成年月日の追記、呼吸困難時の対応に「気管切開」を追記

救急患者基本情報シート（案）				平成 年 月 日 作成	
私は、このシートに記載の普段の身体状態と緊急連絡先等の情報を、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ提供することに同意します。					
フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S	年 月 日	
自宅住所					
* 現在入所中の場合のみ記載			施設住所		
入所施設名		TEL	()	-	
緊急連絡先 (キーパーソン) ①	氏名		TEL	自宅・携帯・職場・その他 () -	
	続柄	住所			
緊急連絡先 (キーパーソン) ②	氏名		TEL	自宅・携帯・職場・その他 () -	
	続柄	住所			
かかりつけ 医療機関	施設名		TEL	() -	
	医師名		FAX	() -	
担当 ケアマネジャー	施設名		TEL	() -	
	氏名		FAX	() -	
病歴等	現在治療中の病気・ケガ		既往歴		
常用薬	* 送付時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付して下さい				
アレルギー		歩 行	可 ・ 一部可 ・ 不可		
麻 痺	左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢	意思伝達	可 ・ 一部可 ・ 不可		
● あなたの望みに近いものを選んで下さい（この内容で最終判断することはありません）					
死に直面した時	<input type="checkbox"/> 何もせず自然のままがよい		<input type="checkbox"/> 延命治療を行ってほしい		<input type="checkbox"/> わからない
食事が困難になった時	<input type="checkbox"/> 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい		<input type="checkbox"/> 点滴や胃ろうなどの器具を使って、水分や栄養を補給してほしい		<input type="checkbox"/> わからない
呼吸が困難になった時	<input type="checkbox"/> 自力で呼吸ができなくなったら、何もせず自然のままがよい		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器や気管切開で、呼吸できるようにしてほしい		<input type="checkbox"/> わからない
一宮市在宅医療・介護連携推進協議会					

(3) 「救急患者基本情報シート」の周知

①対象範囲の拡大と医師会・歯科医師会会員等への周知（平成 30 年 4 月）

- ・在宅医療推進 WG での協議の結果、対象を当初の「施設入所者」に「在宅療養者」を加えて拡大することにし、医師会事務局から医師会会員・歯科医師会・薬剤師会会員および介護施設に対して周知を図った。
- ・同時に、「入院時情報提供先の医療機関窓口一覧」の情報確認のため、一宮 SW 連絡会に協力を依頼した。

②医師会から消防本部・社会福祉協議会へ協力要請（平成 30 年 5 月）

- ・共通様式の配布に先立ち、医師会会長名の文書で、消防本部（救急隊）と社会福祉協議会に対し、「救急患者基本情報シート」の運用協力を依頼した。

③医師会から医療・介護関係施設への共通様式配布（平成 30 年 5 月）

- ・「救急患者基本情報シート」に加え、他の共通様式「一宮市地域連携アセスメントシート」「一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）」「主治医・ケアマネジャーFAX 連絡票」を加えた 4 種類について、利用シーン、利用目的、対象者、運用方法をまとめた『一宮市在宅医療・介護連携様式の手引き』を作成、市内の医療・介護関係施設に郵送配布した。
- ・但し、この共通様式の使用を強要したのではなく、『自施設で既に様式が存在する場合は、従来通り、そちらを継続使用して構わない』『もし、決まった様式が無いのであれば、この共通様式を参考して下さい』『新たに作成するのが面倒であれば、こちらをそのままお使い下さい』と書いた案内をしている。

④入退院連携・情報共有ガイドラインの作成・配布（平成 31 年 3 月）

- ・上記 4 種類の共通様式については、市高年福祉課が「一宮市在宅医療・介護職員多職種連携研修」に、ケアマネ T E T 一宮&一宮 SW 連絡会の『入退院連携に関する合同研修』を組み込み・位置づけたことで、ケアマネジャーと医療ソーシャルワーカーが様式内容や運用方法に関して具体的に検討・議論する場が提供されることになった。両職種の業務課題や問題意識が反映された共通様式の普及・活用を促進するため、ケアマネ T E T 一宮&一宮 SW 連絡会は「入退院における連携・情報共有のためのガイドライン」を作成し、4 月に配布した。

(4) 意思決定支援のための研修・講演会の開催

① 市医師会および行政による企画・運営セミナー

○一宮医師会 第5回在宅医療セミナー

- ・講師：飛騨千光寺 大下大圓住職、演題「エンドオブライフケアと臨床宗教 -宗教の視点から最期のときを考える-」
- ・開催日時：平成29年1月21日（土）14時～16時、会場：一宮市医師会館
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員（定員200名）

○一宮医師会 第6回在宅医療セミナー

- ・講師：東大大学院特任教授 会田薫子先生、演題「高齢患者のための意思決定支援 -ACPにフレイルの知見を組み込む-」
- ・開催日時：平成30年2月3日（土）14時～16時、会場：一宮市医師会館
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員（定員200名）

○国立長寿医療研究センター「相談対応力向上研修会」開催 ※人生の最終段階における医療体制整備事業

- ・講師：あいちACPプロジェクト講師（国立長寿医療センター職員）、演題「アドバンス・ケア・プランニングACP、将来の医療・ケアについての対話、ACP実践に向けてのチーム形成、人生の最終段階における意思決定支援、チームアプローチ、今から始める共有意思決定支援の実践」など
- ・開催日時：平成30年11月4日（日）10時～16時、会場：一宮市医師会館
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員

※参加者は事前にE-learning受講が必須条件

○国立長寿医療研究センター「相談対応力向上フォローアップ研修会」開催 ※人生の最終段階における医療体制整備事業

- ・講師：国立長寿医療センター職員、演題「相談対応力向上研修会からのフィードバック、共有意思決定支援（SDM）の実践促進に向けて、地域包括ケアの中でのACP実践促進に向けて～組織づくりから体制整備～、次年度のあいちACPプロジェクトについて」など
- ・開催日時：平成31年3月9日（日）10時～16時、会場：一宮市医師会館
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員

※参加者は事前課題ワークシート作成が受講の必須条件

○一宮医師会 第8回在宅医療セミナー

- ・講師：亀田総合病院疼痛・緩和ケア科医長 蔵本浩一先生、演題「大切なことを大切に扱うための場づくり -もしバナゲームを用いた取り組み-」
- ・開催日時：平成31年3月23日（土）14時～16時、会場：一宮市医師会館
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員（定員100名）

②市高年福祉課の企画・主催セミナー

○平成 30 年度 一宮市在宅療養・介護職員多職種連携研修 第 1 回

- ・講師：ケアマネ T 一宮&一宮 SW 連絡会メンバー、テーマ：「入退院におけるケアマネジャー、ソーシャルワーカー・入退院調整看護師の連携・情報共有のためのルール作り」
- ・開催日時：平成 30 年 9 月 20 日（木）14 時～16 時、会場：シビックホール（一宮駅前ビル）
- ・対象者：市内在職のケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、入退院調整看護師、地域包括支援センター職員

○平成 30 年度 一宮市在宅療養・介護職員多職種連携研修 第 2 回

- ・講師：尾張西部医療圏病院看護管理委員会&一宮訪問看護連絡協議会メンバー、テーマ：「訪問看護師と病院看護師の連携」
- ・開催日時：平成 30 年 11 月 16 日（金）18 時 30 分～20 時 30 分、会場：シビックホール（一宮駅前ビル）
- ・対象者：市内在職の病院看護師・訪問看護師・ケアマネジャー

○平成 30 年度 一宮市在宅療養・介護職員多職種連携研修 第 3 回

- ・講師：市歯科医師会&市リハビリテーション連絡協議会メンバー、テーマ：「食べるを支えよう！はじめの一步 歯科医師と言語聴覚士の立場から」
- ・開催日時：平成 30 年 12 月 6 日（木）18 時 30 分～20 時 30 分、会場：シビックホール（一宮駅前ビル）
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員

○平成 30 年度 一宮市在宅療養・介護職員多職種連携研修 第 4 回

- ・講師：市医師会メンバー、テーマ：「在宅療養・介護に関わるチームの連携を知り、自分なりの連携を考えてみよう！」
- ・開催日時：平成 31 年 2 月 2 日（土）14 時～16 時、会場：シビックホール（一宮駅前ビル）
- ・対象者：市内在職の医療・介護職員

○平成 30 年度 市民対象の出前講座「教えて在宅医療」

- ・開催実績：35 回開催、参加者 809 名

(5) 取組の成果

① 在宅医療の実績（在宅医療推進ワーキンググループ報告）

- ・ 訪問診療の実績（延べ訪問回数）は、平成 26 年に年間 3 万 2,000 回であったものが、平成 29 年には年間 4 万 3,000 回と、1.34 倍に増加した。
- ・ 訪問看護ステーション数は、事業開始前には 20 箇所であったが、現在は 36 箇所と、施設数で 1.8 倍に、給付ベースでは約 2 倍超に増加している。

② 「在宅医療・介護連携様式」使用状況調査の実施（平成 30 年 10 月）

○実施概要

- ・ 調査実施時期：平成 30 年 10 月（共通様式使用開始から 6 か月経過時点での調査）
 - ・ 配布 633 施設、回収 390 施設（回収率 62%）
- ※施設区分の回収率では、グループホーム 40%、サービス付き高齢者住宅 45%、訪問介護 49% の順で回収率が低かった。

○調査結果

今回の取り組みによって、救急 3 病院が認めた共通ルール・共通フォーマットが完成したことが大きな成果であり、利用者（医療・介護関係者）にとっては、必要情報の洩れがないことが保証されていることで、安心して活用ができる。しかし、アンケート結果や現場の声を聴くと、活用施設であっても、組織の末端（現場当事者）まで、浸透・徹底していないことが伺われ、周知徹底が課題であることが分かった。

（使用状況）

- ・ 4 様式の使用状況（使用施設数）：①一宮市地域連携アセスメントシート 102、②救急患者基本情報シート 33、③一宮市介護サービス共通診断書（入所）120、一宮市介護サービス共通診断書（通所）121、④主治医・ケアマネジャーFAX 連絡票 81
- ・ 「救急患者基本情報シート」の使用状況（使用施設比率の高い順）：サービス付き高齢者住宅 18%、小規模多機能型住宅 17%、有料老人ホーム 16%、地域包括支援センター14%

（自由回答）

- ・ 救急搬送時に使用したが、付き添い時間は余り変わらないケースがある。
- ・ 本人の意思決定に関する項目は必要だが、どのように説明すればいいのか分からず使用につながっていない。
- ・ 使用するにあたり、ACP やリビングウィルの支援について研修の機会が必要である。

③ 一宮市消防本部

平成 31 年 2 月実施の厚生労働省「急病を中心とする救急搬送に関するアンケート調査」への回答状況から、一宮市消防本部は、救急搬送時に患者情報を確認できることで、メリットを感じている。

○患者情報の共有方法

- ・ 紙媒体を活用

○救急搬送時に患者情報を確認できることの消防にとってのメリット

- ・ 収容所要時間の短縮

- ・現着～車内収容までの時間短縮
- ・車内収容～現発までの時間短縮

○在宅からの搬送課題

- ・軽症等での搬送が多い

○施設からの搬送課題

- ・軽症等での搬送が多い
- ・延命処置を望まない疾病者の搬送が増加
- ・老人ホーム職員が患者の既往症・アレルギー等の医療情報を把握していないケースが多い
- ・老人ホーム職員が患者のキーパーソン、DNAR 意思等の社会的情報を把握していないケースが多い
- ・老人ホーム職員が事故発生状況について病院に説明できないケースが多い
- ・老人ホーム職員が救急車に同乗できないケースが多い
- ・老人ホームが病院照会を済ませておらず、救急隊が行うケースが多い

今後について

(1) 今後の課題

①在宅医療・介護連携に関する課題と対応状況の整理（平成30年3月）

一宮市では、随時実態把握を行い、目指す方向性を示し、活動を計画し、取り組み、評価をして、また新たな活動に向かうというPDCAサイクルに基づく活動を地道に展開しており、平成30年3月には、在宅医療推進ワーキンググループにおいて、「在宅医療・介護連携に関する課題と対応状況」を11カテゴリ別の一覧表にまとめた。

【在宅医療、医療介護連携の課題および対応状況（一宮市医師会）】

カテゴリ	No	課題・意見	事業内容	対応進捗状況・結果	今後の対応・新たな課題	No
在宅医参入	1	在宅を行う時間・体力・人手が足りない	【107】第1回在宅セミナー「私にもできる！在宅医療」 【107】訪問診療同行研修	在宅医療は工夫次第で行えることを伝えたかったが、再三の告知にも新規希望の医師の参加が薄	新規参入促進よりも在宅医の現況改善やサポートに当面注力	1
	2	専門医と在宅に開けるイメージが薄い		未対応	?	2
連携（診診）	3	在宅医の連携推進（主治医副主治医、地域単位、医療従事者層分け、当番制など）		未対応	?	3
	4	在宅医連携に伴う診療報酬ルール整備		未対応	?	4
連携（医療介護）	5	在宅医との連携が不実	【109】主治医・ケアマネジャーAV連携型	市内全病院に至っていない	周知を行う	5
	6	夜急患時の対応時間が長い、曜日時間の見直しがない、何度も申し送りしなればいけない	【109】救急患者基本情報シート	市内全病院に至っていない	周知を行う	6
入院	7					7
	8	入院後、患者情報を早く送ってほしい	【108】一宮市地域連携アセスメントシート	入所や介護事業所からの入院前情報提供が少ない 130回時改定対応のためのシート様式変更が必要	入所等への利用拡大を要知 130回時改定対応の様式へ変更	8
	9	入院後、かかりつけ医の紹介状を送ってほしい		未対応	?	9
	10	入院後、訪問サマリーを早く送ってほしい		サマリーは訪問から病院に提供されているが、院内で必要とする部室に届いていない状況を確認	?	10
	11	入院直後の患者状態が正確に確認してほしい		未対応	?	11
	12	入院後の情報提供先、確認窓口を統一してほしい	【108】一宮市地域連携アセスメントシート	シート裏面に確認窓口掲載、職種別で院内チラシ作成	?	12
退院	13	在宅医を探すのが大変	【108】在宅医紹介システム	紹介16件、病院以外の紹介依頼にも対応設備中	在宅医リスト更新、病院以外への周知 市外病院への内周知	13
	14	病院からの連絡連絡が頻りに、退院サマリーの提供がない		未対応	?	14
	15	ケアマネから事業所への連絡連絡が悪い、ケアマネから事業所にサマリーが送られてこない		未対応	?	15
	16	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	16
	17	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	17
	18	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	18
	19	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	19
	20	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	20
	21	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	21
	22	退院調整が退院直前になるときがある		未対応	?	22
入所	23	施設入所の診断書様式を統一してほしい	【108-20】病院での在宅医連携研修会	市内全診療所にて実施	継続開催を希望する声あり	23
	24	KITを活用した情報共有	【108】一宮市介護サービス共通情報共有	すべての事業所に行き届いていない	周知を行う	24
	25	紹介状の内容が不十分、字が読めない	【107】ささきネット一宮	【108-11】登録施設162、患者部125、稼働1割程度	?	25
	26	看護サマリーの内容が不十分、様式統一してほしい		職種別で検討・施行運用中	職種別検討後、市内共通様式化の期 130回時がもたらされる可能性あり	26
情報共有	27	訪問・リハビリ指示書を詳細に記載してほしい		未対応	?	27
	28	どの施設が在宅や他機関に対応しているかわからない	【107】医師会ホームページ施設検索機能 【107】尾張西側自治体間医療介護施設検索 【107】専門性の高い医療科による診療対応状況調査	HPで診療所在宅対応状況が関係者のみの非公認とせず 全公開の方向で検討中、施設情報は現在調査中、専門医注 診情報は130公開予定	ホームページ改修、施設検索実行	28
資質向上	29	家族との関係構築や対応が難しい	【107】第2回セミナー「在宅ケアにおける家族支援」	家族療法という新しい視点を紹介	?	29
	30	再発患者の取り方や発生率を知りたい	【108】第5回セミナー「エンドオブライフケアと臨終ケア」	臨終ケアの発生率、スピリチュアルケアを紹介	?	30
	31	意思決定支援について知りたい	【108】第6回セミナー「ACPと意思決定支援」	ACPと支援の概要紹介、アンケートで以下課題把握 ・本人と家族の合意を得ることや説明が難しい ・医師の理解を得ることが難しい ・方針は在宅医が確認できていない ・急変時の本人家族・関係機関、施設との意思統一 ・本人意思決定能力低下時、意思決定時の対応	?	31
機器・材料	32	最新の医療機器や材料に興味したい	【108】第4回セミナー「在宅医療・介護用品フェア」	12社より在宅医療機器・介護用品を紹介	市道1制作や体験を希望してほしい 病院スタッフが巻き込んでほしい	32
	33	余剰在庫対策のため地域で共同購入してほしい	【107】第3回医療材料分科会を医師会常会にて実施	医師会での共同購入は取扱免許がなく不可、当面は科々 で分別在庫削減を継続	?	33
	34	病院、在宅で材料の種類や数量が違う、基準が異なる		未対応	?	34
診療報酬	35	診療報酬の算定方法が分からない	【108】第3回セミナー「在宅医療診療報酬改定説明会」	1304在宅診療報酬改定内容を解説	?	35

平成28年に市内448の関連機関すべてに調査シートを配布し、539人から寄せられた約1300のコメントを集約したものである。医師会事務局によれば、『抽出された課題は35項目。うち半数は、在宅医療・介護連携事業により対応済み、一部は今後の対応の見通しが立っているが、結果が得られず継続が必要なもの、変更の必要なものも多く残っており、未だ未対応の11カテゴリー13項目（表中黄色部分）については、関係者で知恵を出し合い、解決していく予定である』としている。

未対応11カテゴリーとは、「在宅医参入（1項目）」、「連携（診診）（2項目）」、「入院（1項目）」、「退院（6項目）」、「情報共有（2項目）」、「機器・材料（1項目）」である。

(2) 今後の取組み

① 「在宅医療・介護連携に関する共通ルール・様式」の周知

対象施設に対するアンケート調査結果を見ても、施設の活用比率においても、あるいは活用施設の現場従事者への浸透という意味でも、まだまだ十分とは言えない。今後は、医療職や介護職向け個別研修会や多職種向け職種混合の研修会でも紹介や教材活用、あるいは、関係施設・関係職員への様々な広報活動を通じて、周知徹底を図って行く。

② 「延命治療・終末期医療に対する意思決定支援」の啓発事業の展開

延命治療・終末期医療に対する事前意思確認については、一般の市民だけでなく、医療・介護職員においても、戸惑いや不安を感じている者が多い。終末期の意思決定支援の土壌づくりのためにも、市民向け、医療・介護専門職向けの講演会・研修会・シンポジウム等を積極的に展開する必要があると感じている。

工程表

期間	平成25年6月～12月頃	平成26年1月～平成27年3月	平成27年4月～平成30年3月	平成30年4月～現在
全体	「在宅医療連携拠点事業」の参加検討・準備 (医師会主導で推進)	「在宅医療連携拠点事業」へ参加 (医師会主導で推進)	愛知県医師会「在宅医療サポートセンター事業」へ参加 (医師会&市の協働)	「在宅医療・介護連携事業」の実施(医師会&市の協働)
【行政】 一宮市		「在宅医療連携推進協議会」	「一宮市在宅医療・介護連携推進委員会」 ○多職種連携・普及啓発WG (H27.4～現在)	「一宮市在宅医療・介護連携推進協議会」
【医師会】 一宮市医師会	「地域包括ケア検討委員会」 ○「在宅医療連携拠点事業」参画のための検討会 (H25.6～)	「在宅医療連携推進委員会」 ○在宅医療体制検討WG	「在宅医療サポートセンター連絡会議」 ○在宅医療WG (H27.4～H28.3) ○病診連携WG (H27.4～H28.3) ○情報共有WG (H27.4～H29.3) -ICTシステム検討会	○在宅医療推進WG (H28.4～現在)
救急医療関連	○体制準備 ・在宅療養分野における「行政不在」を問題視	○問題提起 (H26.12.) ・医師会から市に対する「在宅医療・介護連携のための提言」の中で、在宅療養&終末期への理解を深める市民啓発の推進も訴える	○「救急患者基本情報シート」の作成 ・H28.12.高齢者の入院退院・退院医師会アンケート実施(病・診・救急医・訪問看護・介護施設・ケアマネ・老人ホーム・サ高住等) ・H29.8.救急搬送時の患者情報提供に関するアンケート実施(二次救急3病院対象) ・H29.9～運用ルール・患者情報共有様式の検討(延命治療・終末期医療に関する意思確認項目を追加) ・H29.11.「救急患者基本情報シート」完成 ○「さえいネット一宮」H27.4～ ○救急医療あんしんキット配布	○「救急患者基本情報シート」の周知 ・H30.4.適用対象を「施設入所者」のみから、「在宅療養者」にも拡大 ・H30.5.医師会から消防本部・社協に協力要請 ・H30.5.医師会から、市内の医療・介護関係施設に「在宅医療・介護連携様式」(共通様式4種類)を配布 ・H30.10.「在宅医療・介護連携様式」(共通様式4種類)使用状況調査の実施⇒課題：現場当事者にまで普及・浸透していない、ACP・リビングウィル支援の為の研修の必要性

在宅医療・介護連携様式の手引き

一宮市在宅医療・介護連携様式の手引き

医療・介護の関係職種が連携し、本人家族への切れ目のないサービスが提供できるよう、一宮市在宅医療・介護連携推進協議会では一宮市内共通の連携様式を作成しましたので、ぜひご利用ください。

平成30年5月 一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

1. 一宮市地域連携アセスメントシート

利用シーン	入院時、多職種との連携時
利用目的	高齢患者のアセスメント情報を市内共通化し、入院時や多職種との円滑な情報共有を図る。
対象者	在宅療養中、施設入所中の高齢患者
運用方法	①情報提供時は個人情報適切に管理してください。 ②シートで介護保険の「入院時情報連携加算」が算定できます。 ③病院にシートを提供する際は、担当窓口一覧（別紙）をご覧ください。

2. 救急患者基本情報シート

利用シーン	救急搬送時
利用目的	普段の状態や緊急連絡先などを事前に把握し、搬送時の正確迅速な情報共有と、情報不足による付き添い負担の軽減を図る。
対象者	在宅療養中、施設入所中の高齢患者
運用方法	①救急搬送時に救急隊や搬送先医療機関へシートを提供してください。 ②シートは本人家族、またはケア職種・施設職員が記入作成してください。 ③連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください。

3. 一宮市介護サービス共通診断書（入所、通所等）

利用シーン	入所・通所等サービス利用時
利用目的	施設で異なる診断書様式を市内共通化し、医師の診断書作成の負担や利用者の診断書取得の負担軽減を図る。
対象者	下記サービス利用者 入所：老健、特養、ショートステイ、グループホーム など 通所等：通所介護、通所リハ、小規模多機能 など
運用方法	①診断書はサービス事業所より求めがあった場合のみ利用します。 （診断書の提出を一律に義務付けるものではありません） ②診断書作成料は各医療機関が定める料金となります。 ③診断書の有効期間は6か月です。 ④診断書は本人家族が管理・保管してください。 ⑤サービス事業所は診断書原本を確認のうえコピーして受け取り、原本は本人家族へ返却してください。

4. 主治医・ケアマネジャーFAX 連絡票

利用シーン	診療所医師とケアマネジャー間の連絡時
利用目的	ケアマネジャーから主治医への連絡方法を市内共通化し、効率的な情報伝達と医師・ケアマネジャー間の連携促進を図る。
対象者	定期的を受診歴のある患者
運用方法	①連絡票による連絡は無料となります。 ②相談内容などは簡潔に記載してください。 ③「軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付」の依頼は、連絡票ではなくケアマNET一宮の所定様式をご利用ください。

在宅医療・介護連携様式①一宮市地域連携アセスメントシート

一宮市地域連携 アセスメントシート

下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を提供します。

情報提供先
医療機関名

年 月 日

基本情報	ふりがな							〒	—
	利用者氏名							<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL:
	生年月日	年 月 日 (歳)							
	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート・マンション (階) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 施設 ()							
	障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障 (級) <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患 ()							
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 有効 年 月 日 ~ 年 月 日							
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 () <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他 ()								
本人・家族	連絡先	氏名: 続柄 () TEL: ()				主介護		氏名: 続柄: 年齢: 歳	
	介護状況	氏名: 続柄 () TEL: ()				家族構成			
	性格趣味					<input type="checkbox"/> ◎本人 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ☆キハートン ■●死亡			
	生活歴								
利用サービス	医療機関					薬局			
	歯科医療機関					居宅療養管理指導		職種:	
	介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回・週 <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 他 ()		<input type="checkbox"/> 訪問看護 回・週 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 回・週		<input type="checkbox"/> 訪問リハ 回・週 <input type="checkbox"/> 通所介護 回・週		<input type="checkbox"/> 通所リハ 回・週 <input type="checkbox"/> 短期入所 回・月	
身体・生活機能	疾患歴							医療処置 <input type="checkbox"/> 無	
	お薬情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 過去1年間の入院回数 (回) 直近入院 年 月 日		服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り <input type="checkbox"/> 飲み忘れ時々 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ多い <input type="checkbox"/> 処方守れない		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 (L) <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸痰 (回/日) <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日)	
	アレルギー	視力支障	褥瘡	麻痺		口腔ケア	義歯使用	周辺症状 <input type="checkbox"/> 無	
	感染症	聴力支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 潰瘍	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 理解力なし <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為		
	医療特記	意思疎通		睡眠障害		嚥下機能			
	移動	移乗	更衣	入浴	食事	食事形態	摂取方法	摂取制限	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 水分 ケアマネジャーが考える 在宅生活に必要な要件	
	移動手段	起居動作	整容	排尿	排便	排泄方法			
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ			
	入院前の本人家族の意向	特記事項				記入者	所属	職種:	
					TEL	FAX	退院前カンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 希望あり		

在宅医療・介護連携様式②救急患者基本情報シート

救急患者基本情報シート

平成 年 月 日 作成

普段の身体状態と緊急連絡先などの情報を記入し、救急搬送時に救急隊および搬送先医療機関へ渡してください。(連絡先変更や状態変化のつど内容を更新してください)

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S	年	月 日
自宅住所					

* 現在入所中の場合のみ記載

施設住所	
------	--

入所施設名		TEL	()	—
-------	--	-----	-----	---

緊急連絡先 (キーパーソン) ①	氏名		TEL	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他 () —
	続柄	住所		
緊急連絡先 (キーパーソン) ②	氏名		TEL	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ・ その他 () —
	続柄	住所		
かかりつけ 医療機関	施設名		TEL	() —
	医師名		FAX	() —
担当 ケアマネジャー	施設名		TEL	() —
	氏名		FAX	() —

病歴等	現在治療中の病気・ケガ	既往歴
常用薬	<input type="checkbox"/> 別添参照 (お薬手帳など)	
* 搬送時、お薬手帳や薬剤情報がわかる書類も添付して下さい		
アレルギー		歩行 可 ・ 一部可 ・ 不可
麻痺	左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢	意思伝達 可 ・ 一部可 ・ 不可

● ご本人の望みに近いものを選んでください (この内容で最終判断することはありません)

死に直面した時	<input type="checkbox"/> 何もせず自然のままがよい <input type="checkbox"/> 延命治療を行ってほしい <input type="checkbox"/> わからない
食事が困難になった時	<input type="checkbox"/> 食べられなくなったら、何もせず自然のままがよい <input type="checkbox"/> 点滴や胃ろうなどの器具を使って、水分や栄養を補給してほしい <input type="checkbox"/> わからない
呼吸が困難になった時	<input type="checkbox"/> 自力で呼吸ができなくなったら、何もせず自然のままがよい <input type="checkbox"/> 人工呼吸器や気管切開で、呼吸できるようにしてほしい <input type="checkbox"/> わからない
望みを確認した方	<input type="checkbox"/> 本人が確認 <input type="checkbox"/> 本人以外の方が確認 (氏名: _____ 続柄: _____)
確認日	平成 年 月 日

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

在宅医療・介護連携様式③一宮市介護サービス共通診断書（入所）

一宮市介護サービス共通診断書

入所

フリガナ			男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)	
氏名					
住所					
血圧	/	mmHg	身長	cm	体重 kg
現病名	1.	年 月 発症	既往歴	1.	年 月 発症
	2.	年 月 発症		2.	年 月 発症
	3.	年 月 発症		3.	年 月 発症
	4.	年 月 発症		4.	年 月 発症
	5.	年 月 発症		5.	年 月 発症
与薬内容					
胸部X線 撮影	撮影日：平成 年 月 日		心電図	検査日：平成 年 月 日	
	所見： 			所見：	
	結核（無・陈旧性有・治療中）		感染症	無・有（HBs抗原・HCV抗体・TPHA） ※ 過去の検査結果があれば流用可	
血液検査	検査日：平成 年 月 日 ※ 直近4か月以内のデータ記入もしくは結果票添付				
	Hb	g/dl	GOT	IU/l	GPT IU/l
	γ-GTP	IU/l	TG	mg/dl	LDL mg/dl
	CRE	mg/dl	ALB	g/dl	（糖尿病の場合）HbA1c %
褥瘡	無・有（ ）		疥癬	無・有（ ）	
皮膚疾患	無・有（ ）		アレルギー	無・有（ ）	
視力	普通・見えにくい・見えない		聴力	普通・難聴（軽度・中度・重度）	
障害高齢者の 日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
経過及び特記事項					

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日 医療機関名

医師氏名

印

※ 診断書の有効期間は、作成日から原則6か月です（ただし状態変化が認められる時は再作成）。

※ 診断書原本は本人・家族が管理し、介護サービス事業所は原本を複写し保管してください。

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

在宅医療・介護連携様式③一宮市介護サービス共通診断書（通所等）

一宮市介護サービス共通診断書

通所等

フリガナ			男・女	生年月日	
氏名				M・T・S	年 月 日
住所					
血圧	/	mmHg	身長	cm	体重 kg
現病名	1.	年 月 発症	既往歴	1.	年 月 発症
	2.	年 月 発症		2.	年 月 発症
	3.	年 月 発症		3.	年 月 発症
	4.	年 月 発症		4.	年 月 発症
	5.	年 月 発症		5.	年 月 発症
胸部X線 撮影	撮影日：平成 年 月 日		与薬内容		
	所見： 			感染症	無・有（HBs抗原・HCV抗体・TPHA） ※過去の検査結果があれば流用可
褥瘡	無・有（ ）		疥癬		無・有（ ）
皮膚疾患	無・有（ ）		アレルギー	無・有（ ）	
視力	普通・見えにくい・見えない		聴力	普通・難聴（軽度・中度・重度）	
障害高齢者の 日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
入浴	可・不可（注意事項： ）				
	可能値（血圧：上限 ～ mmHg 下限 ～ mmHg）（体温：上限 ℃）				
リハビリ 機能訓練	可・不可（注意事項： ）				
	可能値（血圧：上限 ～ mmHg 下限 ～ mmHg）（体温：上限 ℃）				
特記事項、その他留意すべき医療情報					

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日 医療機関名

医師氏名

印

※ 診断書の有効期間は、作成日から原則6か月です（ただし状態変化が認められる時は再作成）。

※ 診断書原本は本人・家族が管理し、介護サービス事業所は原本を複写し保管してください。

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

在宅医療・介護連携様式④主治医・ケアマネジャーFAX 連絡票

一宮市 主治医・ケアマネジャー FAX 連絡票

発信日 平成 年 月 日 (本状含め 枚送信)

宛 先	医療機関名	発信元	施設名
	医師名： 先生		担当者名：
	TEL () -		TEL () -
	FAX () -		FAX () -

利用者	氏名	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)
	住所	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)

連絡目的	<input type="checkbox"/> 1. 介護認定申請の連絡 (<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 更新 ・ <input type="checkbox"/> 区分変更)
	<input type="checkbox"/> 2. サービス担当者会議への出席依頼 (ケアプラン案添付： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 日時： 月 日 () 時 分 場所：
	<input type="checkbox"/> 3. 医療系サービスの導入にあたり、医師の意見・相談について
	<input type="checkbox"/> 4. 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
	<input type="checkbox"/> 5. その他 ()
相談内容等	

回答希望	<input type="checkbox"/> 回答をお願いします <input type="checkbox"/> 回答は必要ありません
本人家族の同意	<input type="checkbox"/> 本人・家族の同意を得て連絡しています <input type="checkbox"/> 本人・家族の同意は得られていませんが、必要と判断して連絡しています

医師の回答・意見欄 (返信日： 月 日)

回答方法	<input type="checkbox"/> 電話で回答します → 月 日 時 分頃に 電話をください <input type="checkbox"/> 面会で回答します → 月 日 時 分頃に 来院してください <input type="checkbox"/> この連絡票で下記のとおり意見・回答します
サービス担当者会議	会議出席有無 (<input type="checkbox"/> 出席します ・ <input type="checkbox"/> 出席できません) ケアプラン案 (<input type="checkbox"/> 案のとおりでよい ・ <input type="checkbox"/> 意見あり)
意見・回答	<div style="text-align: right;">医師名 ()</div>

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

岡山県高梁市：高梁市役所

地域概要

岡山県は温暖で比較的災害の少ない県で、県中西部にある高梁市は地震や風水害などの自然災害に見舞われることが少なく、安心して暮らせる地域である。また、県都岡山市とはＪＲ伯備線や岡山自動車道などで結ばれ、市内には３本の国道が縦横に走り各地からのアクセスも容易である。



国重要文化財の備中松山城や国重要伝統的建造物保存地区の吹屋、国重要無形民俗文化財の備中神楽など、長い歴史と豊かな伝統文化を受け継いでいる。４年制大学のある学園都市でもあり、社会人のための学びの場も充実している。都市的な機能と農山村的な魅力が調和し暮らしやすい町である。

人口・面積

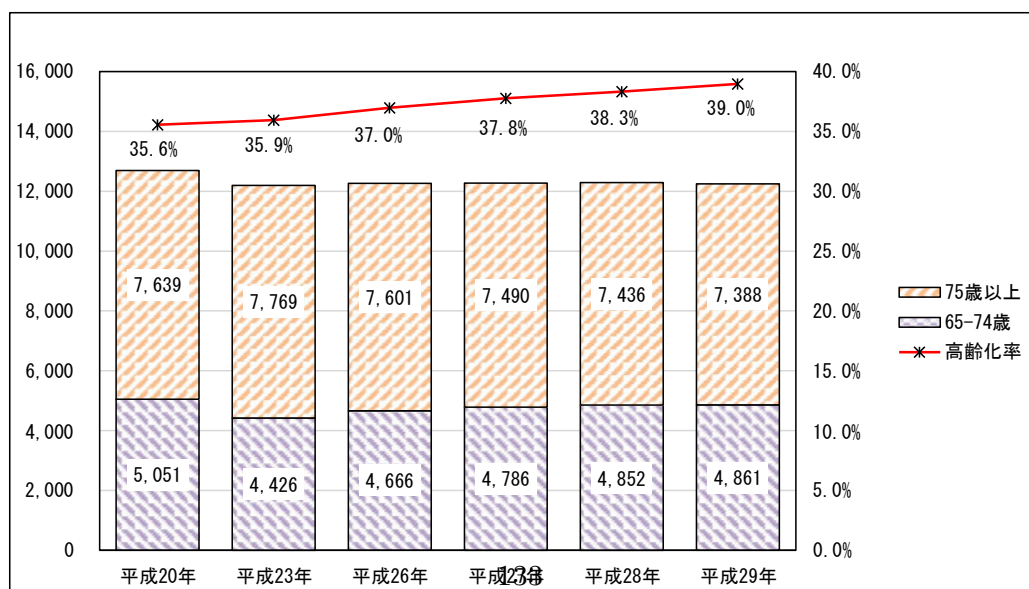
- 人口：32,075人（平成27年国勢調査） 世帯数：13,481世帯（平成27年国勢調査）
- 面積：546.99 km²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

高梁市の高齢化率は37.1%で、同時期の岡山県平均28.9%を上回り、高い水準にある（平成27年現在）。高齢者のみの世帯（単独世帯除く）は2,156、高齢者単独世帯は1,786となっている。

（出典：高梁市高齢者保健福祉計画 第7期介護保険事業計画）



資料：住民基本台帳(各年9月30日現在)

○地域医療資源（施設数）

- 医師数 62（人口 10 万人あたり 193.30、全国平均 237.28）
- 一般診療所 23（人口 10 万人あたり 71.71、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 4（人口 10 万人あたり 12.47、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 40（人口 10 万人あたり 124.71、全国平均 73.57）
- 病院 4（人口 10 万人あたり 12.47、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 1.07）、病院病床数 665（人口 10 万人あたり 2,073.27、全国平均 1,201.30）
- 歯科 14（人口 10 万人あたり 43.65、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 5（人口 10 万人あたり 15.59、全国平均 8.75）
- 薬局 11（人口 10 万人あたり 34.29、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 2（人口 10 万人あたり 6.24、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状

- 消防署数 1、職員定数 69 人、救急車 4 台
- 平成 29 年救急出動件数 2,047 件（平成 20 年の 1.3 倍）、搬送人員 1,971 人（同 1.3 倍）
- 上記のうちの急病件数 1,051 件、急病搬送人員 999 人
- 平成 29 年搬送人員 1,971 人の傷病程度別の内訳：死亡 49 人（2.5%）、重症 245 人（12.4%）、中等症 1,036 人（52.6%）、軽症 640 人（32.5%）、その他 1 人（0.1%）
- 平成 29 年搬送人員 1,971 人の年齢別の内訳：新生児 0 人（0.0%）、乳幼児 54 人（2.7%）、少年 39（2.0%）、成人 440 人（22.3%）、高齢者 1,438 人（73.0%）

（出典「高梁市消防年報平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

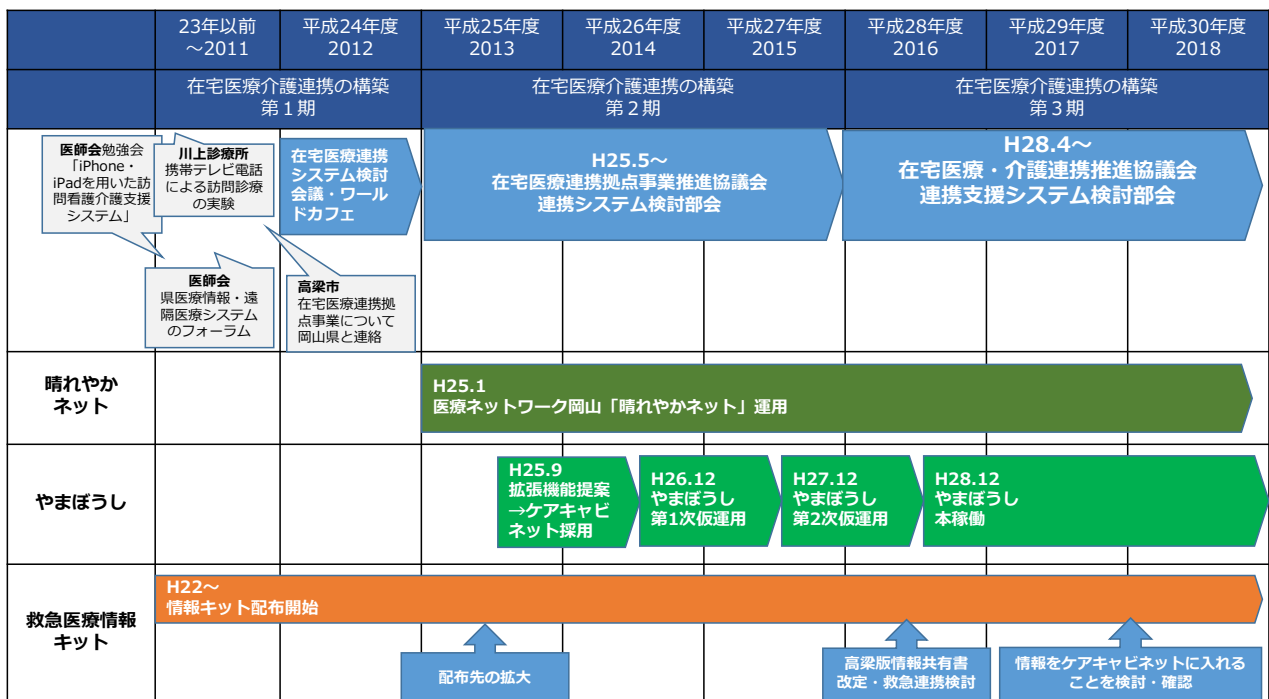
事例の概要

高梁市では、急速な人口減少と超高齢化が進み、中山間地域ゆへの医療アクセス確保の難しさもあり、効果的・効率的な医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築の一体的推進が求められてきた。

在宅医療・介護連携の取組としては、高梁市医師会、県・備北保健所、高梁市が協力して在宅医療連携を推進することで合意し、平成24年3月に在宅医療連携システム検討会議を発足。今まで交流の少なかった医師と多職種の顔の見える関係を構築し始めた。

また、平成25年1月から岡山県で医療情報ネットワーク「晴れやかネット」がスタートし、平成25年度より岡山県在宅医療連携拠点事業を開始した。同年9月に「晴れやかネット」の拡張機能が利用できることとなり、仕様の検討を重ね、ケアキャビネットという、患者情報連携の拡張機能を使った高梁市の他職種連携サービス「やまぼうし」を構築、平成26年～28年まで仮運用を重ねて本稼働へと進めている。患者情報登録にあたっては、利用者ID取得を当初、医師だけとしていたが、ケアマネジャー、看護師等連携に関わる専門職にも広げ、「やまぼうしサポーター」として利用者拡大を図っている。

救急面では、すでに平成22年から「救急医療情報キット」を独居高齢者に配布してきたが、その後、地域によっては配布先を独居以外の世帯にも拡大すると共に、近年「やまぼうし」への情報登録などICT連携についても検討を進めている。



取組の紹介

(1) 取組の背景

①ICT 導入の背景

20年ほど前から高梁市川上町において、川上診療所と老人保健施設ひだまり苑を核として、医療・介護・福祉の連携をはかり、在宅医療にも取り組んできており、これが地域包括ケアシステムのモデルとなっている。

川上診療所では、平成23年に試験使用中の携帯電話を用いたテレビ電話を訪問診療に活用するための試験運転を行っている。看護師がモニターで在宅の患者の顔を見ながら訪問相談を行うというものである。

また、同年9月に行われた「地域医療再生基金による岡山県医療情報・遠隔医療システムのフォーラム」にて、ICTを用いた医療情報ネットワークや遠隔医療システムの話が高梁市のような中山間地で大切な情報交換手段になると判断され、高梁医師会において「遠隔医療情報システム検討会」が立ち上がった。

高梁医師会では、平成24年に第1回高梁医師会勉強会として岡山大学で実施していた「 아이폰・アイパッドを用いた訪問看護・介護支援システムについて」などでICT導入のメリットを把握。

高梁医師会からの提案を受け、岡山県と調整を図り、在宅医療連携拠点事業での実施を見据え、平成24年3月に在宅医療連携システム検討会議を行い、継続的に会議で検討していくこととなった。

平成23～24年度を高梁地域での在宅医療介護連携の構築の第1期としている。

また、平成25年1月から岡山県の医療ネットワーク「晴れやかネット」がサービスを開始した。

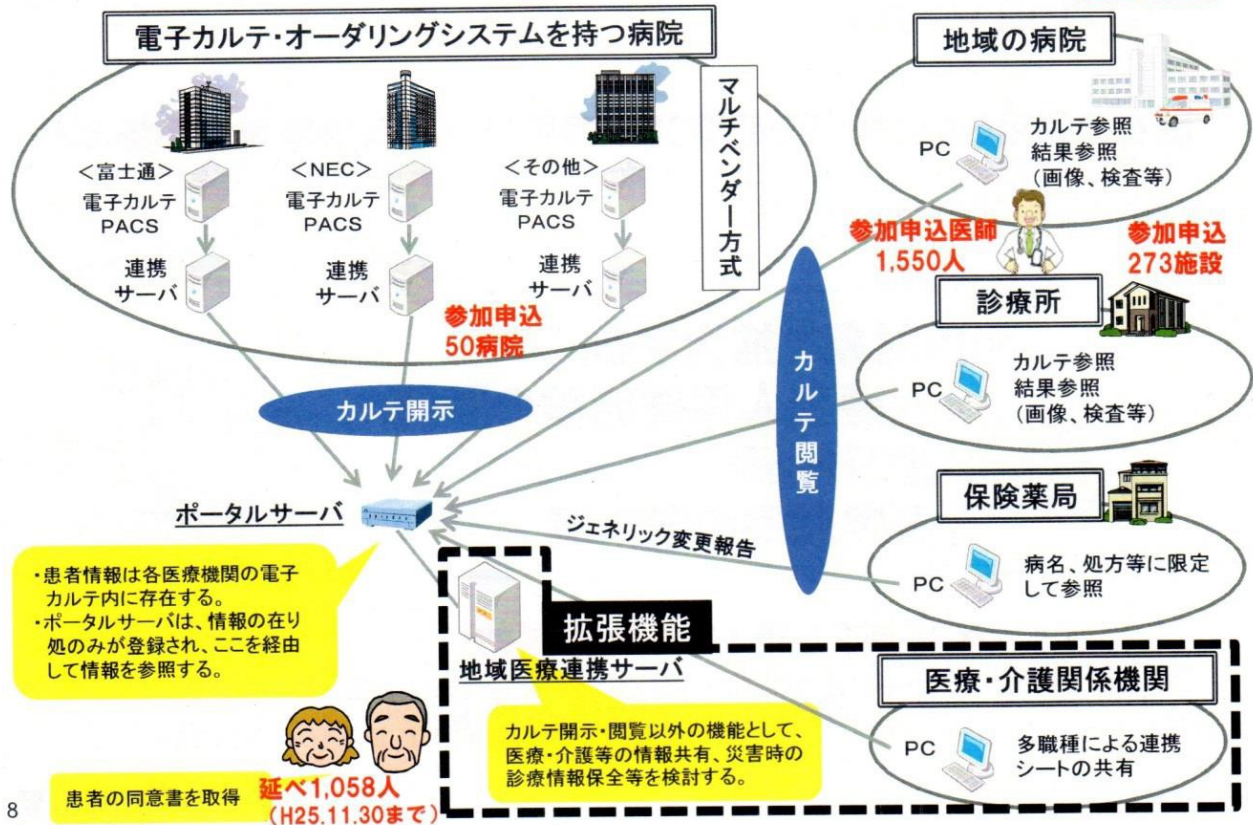
これは次項のイメージのように地域の病院と診療所、保険薬局の医療情報を参照できる医療情報ネットワークである。

平成25年9月晴れやかネットは拡張機能を使う事業を開始。市および高梁医師会で、この拡張機能の候補から、在宅医療連携の基盤に使えるのではないかと考え検討を行った結果、ケアキャビネットを選定した。



晴れやかネットの全体イメージ

H25.12.9現在
(H25.1運用開始)



(2) 検討開始

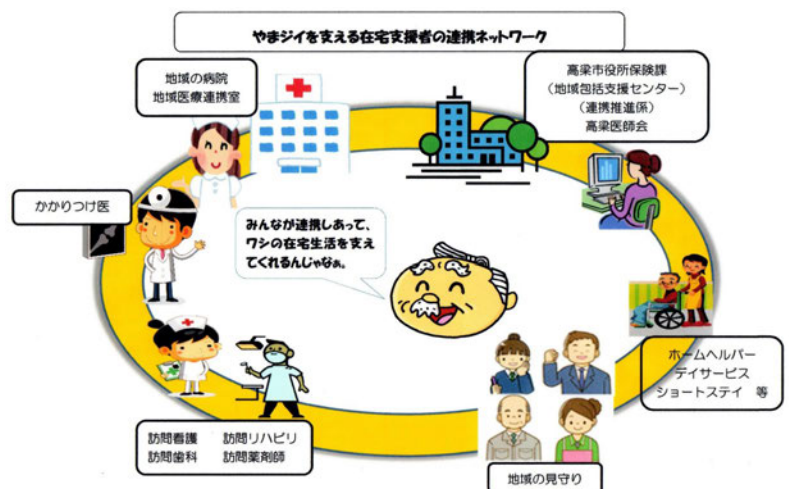
①経緯

平成 24 年から、岡山県在宅医療連携拠点事業に高梁市として手挙げし、取組の準備を開始した。医師と多職種が情報共有可能なシステムを、紙ベースと ICT ツールの両面から検討することとなった。

平成 24 年度には、高梁医師会と市が連携し在宅医療連携システム検討会議を 4 回開催、ワールドカフェを 3 回開催した。

平成 25～27 年度を第 2 期として、「高梁市在宅医療連携拠点事業推進協議会」に発展するよう、協議検討を行い、

岡山県在宅医療連携拠点事業に参加することとなった。



②組織の体制

高梁市在宅医療連携拠点事業でスタートした推進協議会には、連携システム検討部会と普及啓発部会という2つの作業部会を開設した。

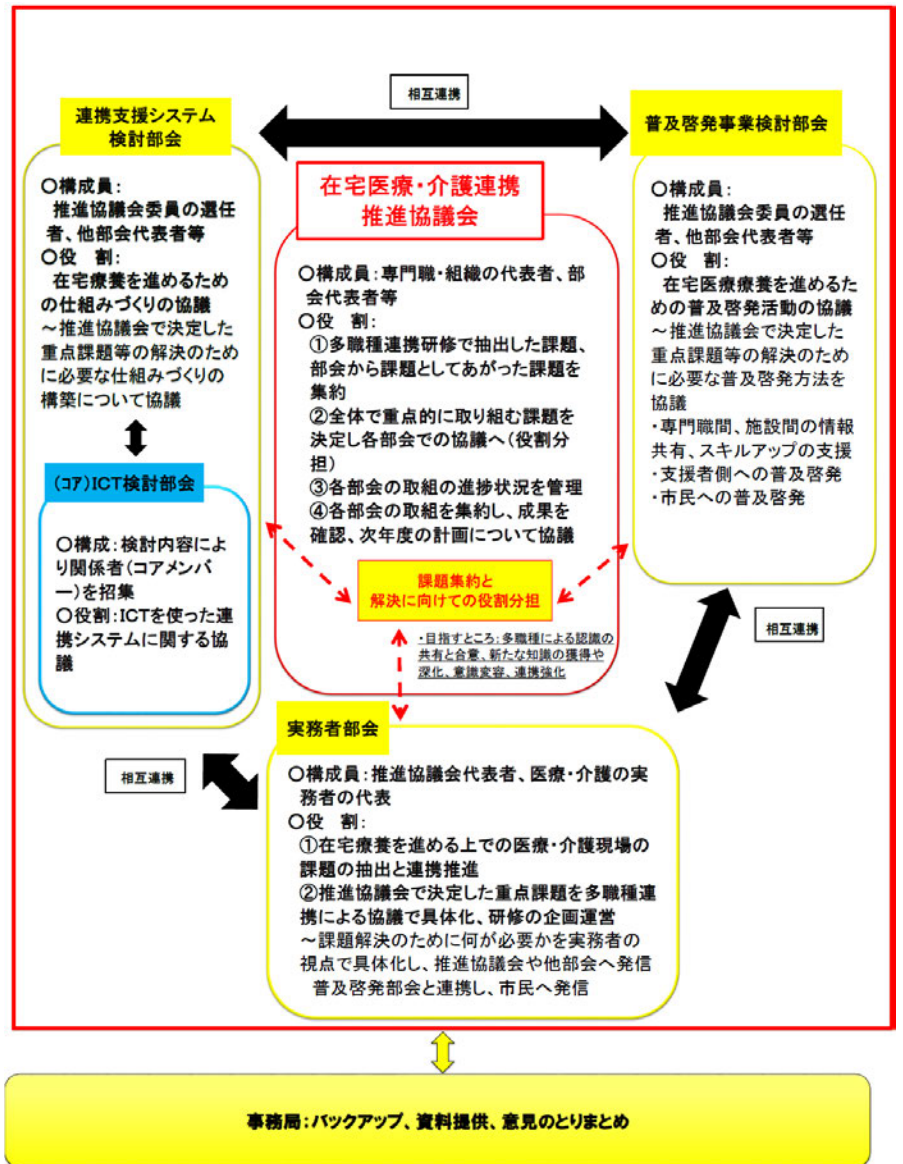
◆連携システム検討部会

高梁版情報共有書と同意書の作成と多職種の情報共有ITシステムの検討

◆普及啓発部会

在宅医療の啓発のため出前講座、ホームページの開設、啓発パンフレットの作成、ケーブルテレビでの在宅医療情報提供、市民公開講座の開催等

なお、連携システム検討部会は平成28年より連携支援システム検討部会と名称を変更した。現在の組織体制は次の通りである。



③課題抽出と目標設定

高梁市在宅医療連携拠点事業推進協議会として、平成 25～27 年度岡山県在宅医療連携拠点事業の事業内容は下記の通りとなった。

1. 在宅医療の推進及び多職種連携の課題に対する解決策の検討
2. 効率的な医療提供のための多職種連携等
3. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発（市民公開講座等の開催 1 回以上）
4. 在宅医療に従事する人材育成
5. 効率的で質の高い 24 時間対応の在宅医療の構築

また、現在の高梁市在宅医療・介護連携推進協会連携支援システム検討部会での取組項目として、「やまぼうし」の加入率の評価と機能の改善を掲げている。

(3) 展開

①在宅医療連携拠点事業推進協議会

在宅医療連携拠点事業推進協議会は高梁市在宅医療連携拠点事業を行うにあたって平成 25 年から活動を開始した。その後、第 3 期の平成 28 年以降は「在宅医療・介護連携推進協議会」と名称を変更している。

平成 25 年からの主な会議内容は以下の通りである。

在宅医療連携拠点事業推進協議会		
平成 25 年度	05/31（第 1 回）	1.高梁市在宅医療連携拠点事業の概要 2.岡山県在宅医療連携拠点事業及び高梁市在宅医療連携拠点事業計画(案) 3.スケジュール(案)
	10/04（第 2 回）	1.連携新システム検討部会報告:情報共有書作成時期/配布方法/配布対象拡大/法的確認 2.普及啓発事業検討部会の報告:パンフレットの修正点 3.事業計画の進捗状況
	01/31（第 3 回）	1.来年度の事業計画引き続き実施
平成 26 年度	04/27（第 1 回）	1.高梁版情報共有書の同意書の使用の同意 2.パンフレットに修正項目があれば次回の印刷時に修正
	09/12（第 2 回）	1.事業計画の進捗状況と中間評価:晴れやかネット拡張機能の仮運用/DVD 作成の方向性 2.その他:高齢者アンケート調査報告・高梁市死亡数調査・第 3 回多職種連携会議
	02/27（第 3 回）	1.来年度の事業計画 各検討部会からの提案、了承
平成 27 年	05/01（第 1 回）	1.平成 27 年度の事業:高梁市在宅医療連携拠点事業計画(案)/スケジュール(案) 2.その他:市民公開講座の準備および片づけの協力依頼

度	10/23 (第2回)	1.事業計画の進捗状況と中間評価：各部会報告 2.その他：次年度の方向性検討(メンバー/事業精査/保健所事業と役割分担/相互補完)
	03/11 (第3回)	1.来年度事業計画：現事業継続/医療コーディネーター・地域リーダー育成方法検討 2.推進協議会の委員に看護協会も参加
在宅医療・介護連携推進協議会		
平成 28 年度	05/13 (第1回)	1.平成28年度の地位包括支援センターの会議体制 2.平成28年度事業：在宅医療・介護連携推進事業企画(案)・スケジュール(案)
	09/30 (第2回)	1.事業計画の進捗状況と中間評価：各部会内容報告 2.10/21開催多職種連携会議内容確認(各職種の「やまぼうし」体験談・事例発表) ・連携支援システム検討部会報告：「やまぼうし」の圏域を越えた連携と救急カード利用による救急隊連携の検討課題 ・実務者協議会提案・報告：第2回多職種連携会議の中で、高梁版情報共有書改訂版を提案
	03/10 (第3回)	1.来年度の事業計画：「やまぼうし」運用/DVD作成/広報紙・HP・パンフレットを活用した普及啓発/終末期に関することを普及啓発/高梁版情報共有書改訂版 2.その他：推進協議会委員の任期/平成29年度から市が実務者協議会の事務局を担う/実務者協議会のあり方
平成 29 年度	05/26 (第1回)	1.平成29年度の会議体制 2.平成29年度の取組(各部会の取組を説明)
	09/29 (第2回)	1.各部会活動の進捗状況と課題、下半期の取組 2.地域包括支援センター運営協議会所管の他委員会の取組状況 3.今後の取組の意見交換：「市民公開講座」のテーマ
	03/16 (第3回)	1.高梁市地域包括支援センター運営協議会所管の他委員会の取組 2.高梁市在宅医療・介護連携推進協議会及び各部会の取組 3.次年度協議会の重点課題として取組む共通テーマと各部会の主な取り組み方針 4.次年度在宅医療・介護連携推進協議会、各部会の体制
平成 30 年度	05/25 (第1回)	1.平成30年度の会議体制 2.今年度の事業計画：全体方針/普及啓発媒体作成/広報紙掲載予定/市民公開講座開催
	10/04 (第2回)	1.各部会活動の進捗状況と課題、下半期の取組 2.地域包括支援センター運営協議会所管の他委員会の取組状況 3.今後の取組の意見交換：市民公開講座の現在の進捗状況報告
	03/14 (第3回)	1.高梁市在宅医療・介護連携推進及び各部会の取組 2.地域包括支援センター運営協議会所管の他委員会の取組状況 3.今後の取組意見交換

②多職種連携システム「やまぼうし」の運用

岡山県の医療情報ネットワーク「晴れやかネット」の拡張機能「ケアキャビネット」を利用して、高梁市の地域包括ケアの為に連携ツールとして利用することに決定した。

医療・介護・福祉の多職種が幅広く連携する為のツールとして、「やまぼうし」という名称として、第一次仮運用を平成26年12月から開始、その1年後の平成27年12月に第二次仮運用を開始した。

「晴れやかネット」にケアキャビネットという機能拡張を行い、

- 日々の記録を SOAP という画面で入力・PDF化
- 多職種で指定・共有でき、アイコンで見やすい予定表
- 療養者の気分などをマークなどで簡単に入力
- 写真・動画のアップ機能で傷や褥瘡の状態を見たり、歩き方・食事の様子などを記録可能

といった情報共有ができ、多職種連携を推進するツールとなっている。

The image displays two screenshots of the 'Yamaboushi' healthcare system interface. The top screenshot shows a patient record for Taro Okamoto (岡山 太郎), born on January 3, 1925. It features a SOAP note with text and a diagram of a mouth. The bottom screenshot shows a calendar view of appointments and a detailed SOAP note for another patient, including a photo of a wound.

③救急医療情報キット

平成 22 年度から福祉課より独居高齢者を対象に配布を開始した。H30.9 月現在、対象者に配布しているキット数は、1,731 個である。

地区社協によっては、全世帯・65 歳以上の世帯に配布している地域もある。(配布数に含まれない、現在配布した数は未確認)

現状、年間 30 人から 100 人程度の新規申し込みがあり、そのほとんどが、民生委員からの依頼であり、民生委員を通じて独居高齢者に配布されている。直接配布を希望する問い合わせはほとんどない。

救急キットの配布までの流れは以下の通り。

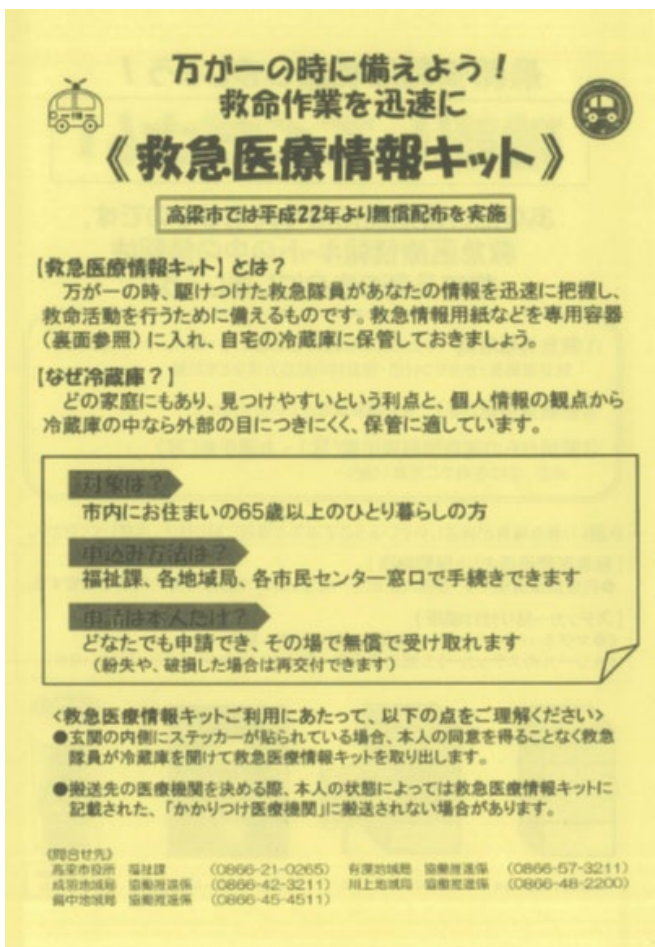
市福祉課へ救急医療情報キット配布申出書を提出

↓

救急医療情報キット・ステッカー・救急情報配布

↓

配布後は、申請者各自で救急情報を記入し所定の場所へ保管



**万が一の時に備えよう！
救命作業を迅速に
《救急医療情報キット》**

高梁市では平成22年より無償配布を実施

【救急医療情報キット】とは？
万が一の時、駆けつけた救急隊員があなたの情報を迅速に把握し、救命活動を行うために備えるものです。救急情報用紙などを専用容器（裏面参照）に入れ、自宅の冷蔵庫に保管しておきましょう。

【なぜ冷蔵庫？】
どの家庭にもあり、見つけやすいという利点と、個人情報の観点から冷蔵庫の中なら外部の目につきにくく、保管に適しています。

対象者
市内にお住まいの65歳以上のひとり暮らしの方

申し込み方法
福祉課、各地域局、各市民センター窓口で手続きできます

申請は本人だけ？
どなたでも申請でき、その場で無償で受け取れます
(紛失や、破損した場合は再交付できます)

＜救急医療情報キットご利用にあたって、以下の点をご理解ください＞
●玄関の内側にステッカーが貼られている場合、本人の同意を得ることなく救急隊員が冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出します。
●搬送先の医療機関を決める際、本人の状態によっては救急医療情報キットに記載された、「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。

【問合せ先】
高梁市役所 福祉課 (0866-21-0265) 有原地域局 協働推進係 (0866-57-3211)
成羽地域局 協働推進係 (0866-42-3211) 川上地域局 協働推進係 (0866-48-2200)
梶中地域局 協働推進係 (0866-45-4511)



**最新情報に更新しましょう！
確認してください**

あなたの緊急時に使う大切なものです。
救急医療情報キットの中の情報は
常に最新のものにしましょう！

①救急情報用紙（申出用紙は福祉課、各地域局、各市民センターにあります）
緊急連絡先・かかりつけ医・緊急時の対応方法などを記載

②健康保険証(写) 有効期限は過ぎていませんか？

③薬局からの薬剤情報提供書(写)・お薬手帳(写)
※②、③は各自でご用意ください

＜お願い＞救急隊員が確認しやすいよう必ず以下の場所に貼り付け、保管してください。

【救急医療情報キット保管場所】
●救急医療情報キット容器に上記①～③を入れ、冷蔵庫の扉の内側で保管する。

【ステッカー貼り付け場所】
《◆マグネットのステッカー》冷蔵庫の扉の外側へ貼る
《★シールのステッカー》玄関内側の壁へ貼る(個人情報のため外から見えない場所)

◆マグネット
冷蔵庫の扉外側へ貼る

●キット容器
冷蔵庫の扉内側で保管

★シール
玄関内側の壁へ貼る

救急医療情報
キット容器

「晴れやかネット」「やまぼうし」の導入及び「救急医療情報キット」の連携検討については、高梁市在宅医療・介護連携推進協議会の中の「連携支援システム検討部会」が中心となっている。当該部会は高梁市版情報共有書についても担当している。

連携支援システム検討部会の取組は以下のように展開してきた。

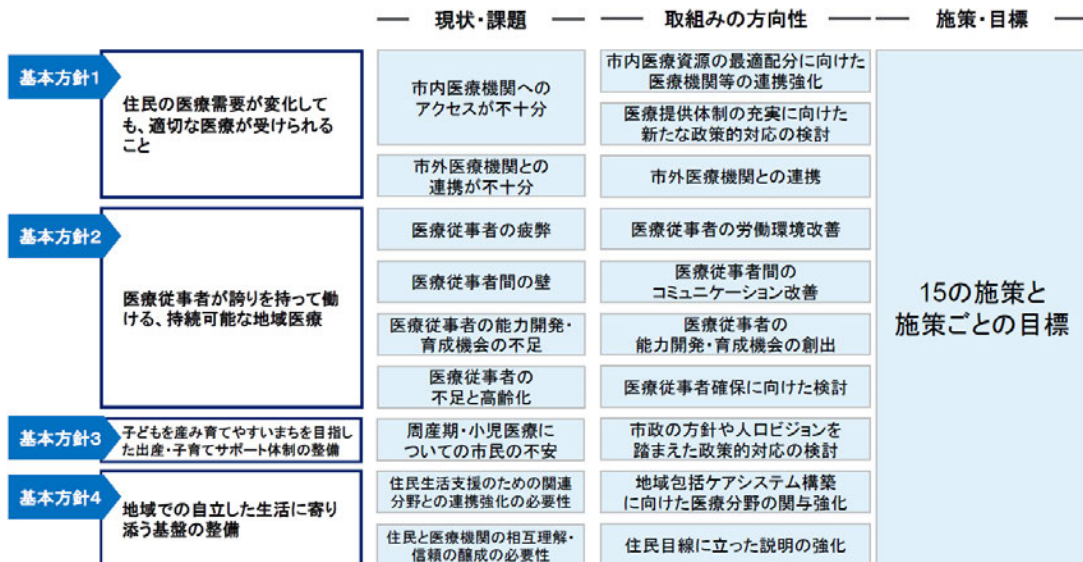
連携支援システム検討部会		
平成25年度	06/07 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> 高梁在宅医療連携のための IT を含めた情報網 高齢者の見守り体制事業の現状 高梁版連携共有書の現状及び課題 薬剤情報の提供 情報共有ツール
	08/05 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携会議(連携支援システム関係テーマ)での提案、課題 今後の事業実施 【情報キット】共有書をだれが入れるか・独居以外の配布拡大要望
	11/22 (第3回)	<ul style="list-style-type: none"> 第2回多職種連携会議アンケートの報告 SNSを使った多職種連携 その他：高梁医師会と新見医師会のZ連携説明を受けた報告
	12/19 (第4回)	【晴れやかネット】拡張機能について
	01/17 (第5回)	<ul style="list-style-type: none"> 今年度の事業 来年度の方向
	03/12 (第6回)	<ul style="list-style-type: none"> 高梁版情報共有書の同意書及び撤回書 【晴れやかネット】拡張機能(ケアキャビネット)の説明
平成26年度	06/13 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> 高梁版情報共有書(紙ベース)の保管と提供 事前アンケート調査結果：事業所のPC環境報告
	08/08 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会でのアンケートの結果 高梁版情報共有書 紙ベースの運用：医師、実務者どちらからでも同署が取れるように 【晴れやかネット】拡張機能の仮運用：拡張機能での情報共有の同意は医師で対応
	10/03 (第3回)	【晴れやかネット】事務局からのお知らせ/システム説明：ケアキャビネット/情報セキュリティに関する同意/PC貸出し/ログイン用ID・パスワードの配布/システム利用方法説明
	11/07 (第4回)	【晴れやかネット】拡張機能の利用・仮運用方針・同意及び同意撤回
	02/12 (第5回)	<ul style="list-style-type: none"> 今後の事業計画：入退院支援ルール策定 【晴れやかネット】拡張機能の仮運用
	03/13 (第6回)	【晴れやかネット】拡張機能を使うために(岡山県医療推進課からのお知らせ)ケアキャビネット利用/複数ID付与想定/PCV、ウィルス対策・ネット接続費用・27年度初期費用と回線利用料の負担/運用検証/機能検証
平成27年度	05/29 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援ルールの策定 情報共有ツールの活用検討
	07/31 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援ルール策定の進捗状況 第1回多職種連携会議アンケート結果報告 【やまぼうし】第2次仮運用/iPhoneを利用したケアキャビネットの運用
	11/22 (第3回)	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援ルール策定 【やまぼうし】第2次仮運用

	02/27 (第4回)	<ul style="list-style-type: none"> 今年度の事業実施：入退院支援ルールは現状の形で推進協議会へ提案・今後ルールを適宜見直し 今後の事業計画：入退院支援ルールの策定 【晴れやかネット】：拡張機能の運用 【やまぼうし】現状の運用ルールを継続しつつ多職種が使えるシステムに
	03/18 (第5回)	【晴れやかネット】拡張機能を使うために/運用/機能
平成28年度	06/24 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討：昨年のワールドカフェでの問題点を説明/当日のワールドカフェに倉敷中央病院・川崎医大に出席依頼 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築 医療・介護関係者の情報共有の支援：患者の同意書の取得拡大検討 在宅医療・介護連携に関する相談支援：高梁地域で開催できるよう調整 【やまぼうし】ワールドカフェで「やまぼうし」を3つのテーマとして意見交換/「やまぼうし」の未加入者へ加入の推進/両備システムズへ新しい使い方提案
	08/19 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> 1.第1回多職種連携会議の報告：7/14開催のグループ毎のテーマ討議内容を検証 【やまぼうし】運用ルール、「ケアキャビネット」の同意書の様式変更、2次運用ルール変更/同意書取得拡大/「やまぼうし」未加入施設の最終呼びかけ/施設予約管理：両備システムズによる施設予約管理機能説明→導入は今後の検討課題
	11/11 (第3回)	<ul style="list-style-type: none"> 第2回多職種連携会議の報告：多職種連携会議のアンケート結果報告 【やまぼうし】年内にサポーター講習会を開催/晴れやかネットのケアキャビネット操作説明会と共同開催し説明を受け受講後申請者に「認定書」発行/新しい使い方説明/ケアキャビネット機能追加：バージョンアップ案、現場の意見を反映可能 【情報キット】情報をケアキャビネットに入れるハードルの高さについて検討・救急タブレットと絡めた運用を検討
	03/03 (第4回)	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年度の事業実施：システム検討部会4回開催 【やまぼうし】多職種連携会議で更なる活用に関して2回開催/平成28年12月追加機能内容紹介/今後予定追加機能の内容紹介 【情報キット】高梁版情報共有書改訂
平成29年度	06/23 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年度の会議体制 今年度の事業計画 仕組み作りとしてのシステム検討 【やまぼうし】「やまぼうし」利用状況/普及と改善方法/サポーター申請者承認 【情報キット】今年度も前向きに検討課題
	09/08 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> 今年度事業の進捗と下半期の取組 平成30年度以降の在宅医療・介護連携推進協議会の体制 【やまぼうし】サポーター申請者の承認/追加機能
	12/15 (第3回)	<ul style="list-style-type: none"> 協議会の推進体制及び委員構成の見直し：平成30年度以降の協議会体制 【やまぼうし】普及啓発活動：iPad貸出し/京都洛和会ソフト「やまぼうし」サポーター申請者の承認/追加機能施設予約機能(空床情報)/新しい部署との連携 【情報キット】担当課(福祉課)の運営方法確認
	02/16 (第4回)	<ul style="list-style-type: none"> 【やまぼうし】普及啓発活動介護施設等にiPad利用のPR/機能追加/新しい部署との連携/サポーター申請者の承認 【情報キット】「やまぼうし」へ誰が入力するか/アップする為の同意書について
平成30年度	06/29 (第1回)	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年度の会議体制 今年度の事業計画：全体的な方針/利用状況/連携/サポーター申請者の承認 【情報キット】配布数報告/介護認定審査情報の「やまぼうし」への入力確認
	09/28 (第2回)	<ul style="list-style-type: none"> 高梁市医療計画における部会との関係 事業進捗状況及び今後の取組 iPadでWEB会議システム 【やまぼうし】連携方法/サポーター申請者の承認
	03/08 (第3回)	<ul style="list-style-type: none"> 今年度の事業の取組状況 協議事項：サポーター申請者承認/来年度に向けての課題と方向性 【やまぼうし】使用状況及び意見交換/両備システムズ報告

④高梁市医療計画

医療政策は国・県の主導により進められているが高梁市では、市民、医療関係者等へのアンケート調査やKDBレセプトデータ等に基づく客観的な現状・課題分析を行い、医療の関係者で十分に協議・検討を重ね、将来の医療需要を推計し、市独自の医療計画を策定した。これをもとに医療機関単体ではなく、地域全体で連携した取組を推進している。

高梁市医療計画では、課題と取組の方向性を以下のように設定している。



今後は、在宅医療や救急医療などのテーマも本計画に基づいて展開していく。

(4) 周知

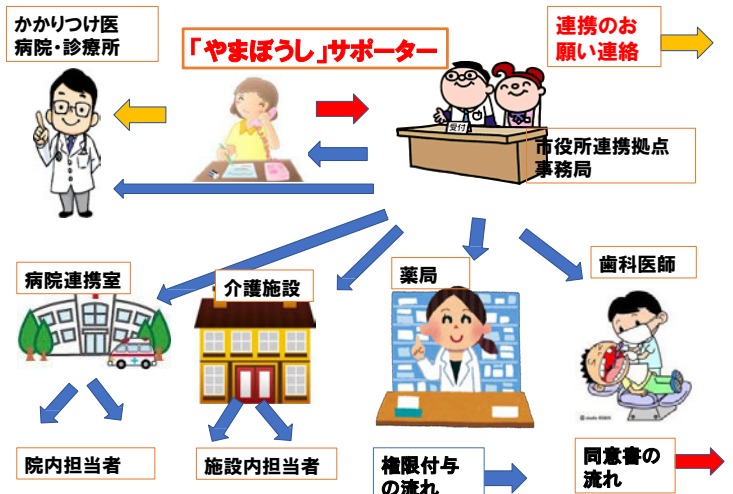
周知活動については、「普及啓発事業検討部会」が担当している。

運用開始後、DVDやホームページ、市の広報紙などを通じて周知啓発の活動を行ってきたが、「やまぼうし」の本格的な稼働に向けて、当初は医師が行っていた同意書をとる人材を「やまぼうしサポーター」と呼び、医師に代わって（協力して）同意書をとるスタッフ制度を設立して対応している。

平成28年10月、市内の4病院で「やまぼうし」説明会と2025年地域医療構想説明会を開催し、4病院で約350名の多職種が参加した。

普及啓発事業検討部会の会議の展開は以下の通りである。

新しい権限付与の流れ



普及啓発事業検討部会		
平成 25 年度	06/20 (第1回)	1.高梁市在宅医療連携拠点事業概要及び部会の概要 2.普及啓発事業 3.普及啓発事業と多職種連携会議
	08/30 (第2回)	1.多職種連携会議(普及啓発事業関係テーマ)での提案、課題 2.今後の事業実施
	01/10 (第3回)	1.パンフレット 2.ケーブルテレビ台本 3.今年度の事業 4.来年度の方向：終末期やリビングウイユ等の市民フォーラムを開催
平成 26 年度	06/20 (第1回)	1.各講演会等の開催予定(案) 2.パンフレット等の活用(案)：事務局の素案をもとに修正しミニディ等での説明資料に 3.広報紙・高梁市 HP への掲載状況及び検討：広報紙は吉備国際大学で原稿作成 4.普及啓発用 DVD の作成：吉備国際大学のアニメーション学科へ協力検討
	02/06 (第2回)	1.今年度の事業実施 2.今後の事業計画：普及啓発講演会等/ミニディの普及啓発 3.市民公開講座：終末期をテーマに開催時期を配慮し開催 4.広報紙・高梁市 HP への掲載 5.普及啓発用 DVD の作成：撮影は秘書政策課に依頼。台本は各専門職実施作成
平成 27 年度	05/15 (第1回)	1.各講演会等の開催予定(案) 2.広報紙・高梁市 HP の掲載状況及び検討：地域包括と社協へエンディングノートの取材 3.普及啓発用 DVD の作成
	02/19 (第2回)	1.平成 27 年度の事業実施 2.平成 28 年度の事業計画：普及啓発講演会等開催/広報紙・HP・パンフレット・DVD 作成
平成 28 年度	06/10 (第1回)	1.今年度の事業計画：各講演会等の開催予定/ミニディの普及啓発依頼/市民公開講座は「なごみの里」の講演依頼/普及啓発用 DVD 作成(案)/DVD 利用/広報紙・高梁市ホームページへの掲載検討/広報紙は吉備国の学生がミニディ・ワールドカフェ等に参加して取材/市ホームページは引き続き掲載/多職種連携会議及び研修会・学習会の実施計画検討/多職種連携会議は 7/14 レクチャールーム
	09/09 (第2回)	1.平成 28 年度の事業進捗状況：進捗は計画通り/DVD 作成(かかりつけ医) 2.地域在宅医療連携実務者協議会：情報共有書を速やかに記載出来る様式に/第一報様式は次回多職種連携会議で提示し多職種の方に説明周知 3.第 2 回多職種連携会議の計画：10/21・「やまぼうし」体験談発表後にテーブル毎に討論/テーブル毎に「やまぼうし」が使える機器を置いて実際に操作
	11/25 (第3回)	1.市民公開講座：1/22 開催 12 月広報紙、高梁市 H.P に掲載 2.第 3 回多職種連携会議の計画
	02/15 (第4回)	1.平成 28 年度の事業実施：活動報告・多職種研修会参加者と市民公開講座アンケート報告 2.平成 29 年度地域住民への普及啓発：DVD 作成/広報紙・HP・パンフレットを活用/ミニディの参加継続/エンディングノートは公共施設(図書館等)に設置 3.その他：実務者協議会の実施した視察研修を報告＝愛媛県松山市 医療法人「ゆうの森」
平成 29 年	06/06 (第1回)	1.今年度の事業計画：各講演会等開催予定/広報紙掲載/説明資料承認/普及啓発用 DVD 作成/エンディングノート普及/作成した「訪問介護員」 DVD を視聴/「元気なうちからの取組からエンディングノートまで」のパンフレットを作成/多職種連携研修会開催 7/21

度	09/15 (第2回)	1.今年度事業中間報告及び今後の取組：進捗状況/ミニディの活用方法、来年度以降についての協議を健康づくり課とし、各地区の担当する先生に依頼を検討/広報掲載状況・承認/DVD 作成状況/未完了の歯科医、リハ職早期完成を目指す/作成した DVD を一つにして病院待合等で利用出来るよう検討
	02/09 (第3回)	1.今年度の取組状況と今後の課題と方向性；関係団体、地域での普及啓発講座開催/関係団体の普及啓発講座の開始合わせた形で計画/普及啓発用媒体作成と有効活用方法検討/DVD・パンフレットを作成し普及啓発の一部として利用/各地域、関係機関の取組の情報収集と紹介による普及啓発大学と協議して、学生が地域に出て取材/同職種とのつながりを支援
平成30年度	06/22 (第1回)	1.平成30年度の会議体制 2.今年度の事業計画：全体方針/普及啓発媒体作成/広報紙掲載予定/市民公開講座開催
	09/14 (第2回)	1.高梁市医療計画における部会との関係 2.今年度の事業の進捗状況及び今後の取組：普及啓発媒体校正/広報紙掲載進捗状況/ACP の基礎を知る研修会開催/市民公開講座の開催
	02/14 (第3回)	1.報告事項：市医療・介護市民公開講座/今年度事業の取組状況/普及啓発媒体・広報紙の啓発進捗状況/ACP の基礎を知る研修会 2.協議事項：来年度に向けての課題と方向性

(5) 取組の成果

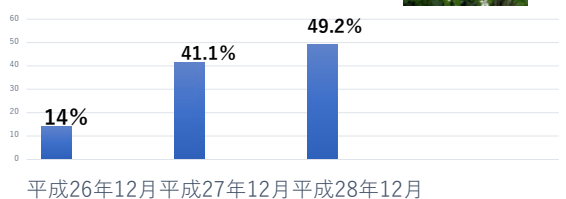
①連携システム

施設別の「やまぼうし」加入数・加入率は下記の通りである。全体では49.2%で約半数だが、4病院・訪問看護は100%、25診療所では64%、居宅介護支援センターは81%、薬局が57%となっている。

高梁市内の施設別加入率 平成28年10月現在

施設種別	加入施設数	全体施設数	割合	施設種別			
				加入施設数	全体施設数	割合	
病院	4	4	100.0%	居宅介護支援センター	13	16	81.3%
				デイサービス	2	14	14.3%
診療所	16	25	64.0%	デイケア	2	6	33.3%
				ヘルパー	4	6	66.7%
歯科	2	17	11.8%	訪問入浴	1	1	100.0%
				小規模多機能	2	4	50.0%
薬局	8	14	57.1%	特別養護老人ホーム	3	8	37.5%
				グループホーム	1	8	12.5%
訪問看護	3	3	100.0%	ケアハウス	1	2	50.0%

施設参加率の変遷



ID取得者数の変遷



②救急医療情報キット

平成 28 年に救急搬送 1,800 件の内、独居高齢者で救急キットを探した件数は 100 件程度で、実際に使ったのは 30 件程度となっている。(3 割程度)

平成 29 年 8 月末時点で、独居高齢者の救急搬送時に救急キットを使ったのは 16 件となっている。(第 2 回連携支援システム検討部会の記録 (H29/9/8))

③連携システム構築が進んだ要因

- 在宅医療介護連携推進事業を始めるとき、高梁医師会と岡山県、市が最初から同じテーブルでこの事業を話し合うことができたこと
- 市が医療関連部署を設置したこと
- 高梁医師会と市が協力して運営にあたることができたこと
- 保健所が医療介護等の多職種の実務者協議会を育ててきたこと
- 保健所と医師会と市と多職種とが、人口減少と高齢化を何とかしなければならない、医療介護連携がセイフティーネットにならないといけない、という危機意識と使命感を共有できたこと

今後について

①システム連携

「やまぼうし」は自宅で最期まで情報共有の中核となる、看取りのための医療介護連携、および中重度要介護者に関わる医療介護連携の手段である。

「やまぼうし」の周知や連携の範囲も広がりつつあり、更なる登録（同意）者の拡大を目指すと共に、現在の連携を核に、軽症の方や認知症の方、母子保健・成人保健分野など更に幅広く連携していく対象を拡大していく必要がある。

②救急医療情報キット

現在の課題は以下の通り。

ア) 回収について

「やまぼうし」に現在配布している救急キットの情報を追加することを想定しているが、既に配布されている救急キットを回収してシステムに反映させる必要があるため、方策を検討中。

イ) 「やまぼうし」への掲載許可

新規独居対象者への救急キット配布時に、救急情報として「やまぼうし」への掲載許可が必要となる。

現在は、独居高齢者を配布対象としているが、情報の更新や管理に課題がある。独居高齢者に限らず救急時に有効な情報源となるよう対象者の拡大も含め課題解決を図っていく必要がある。

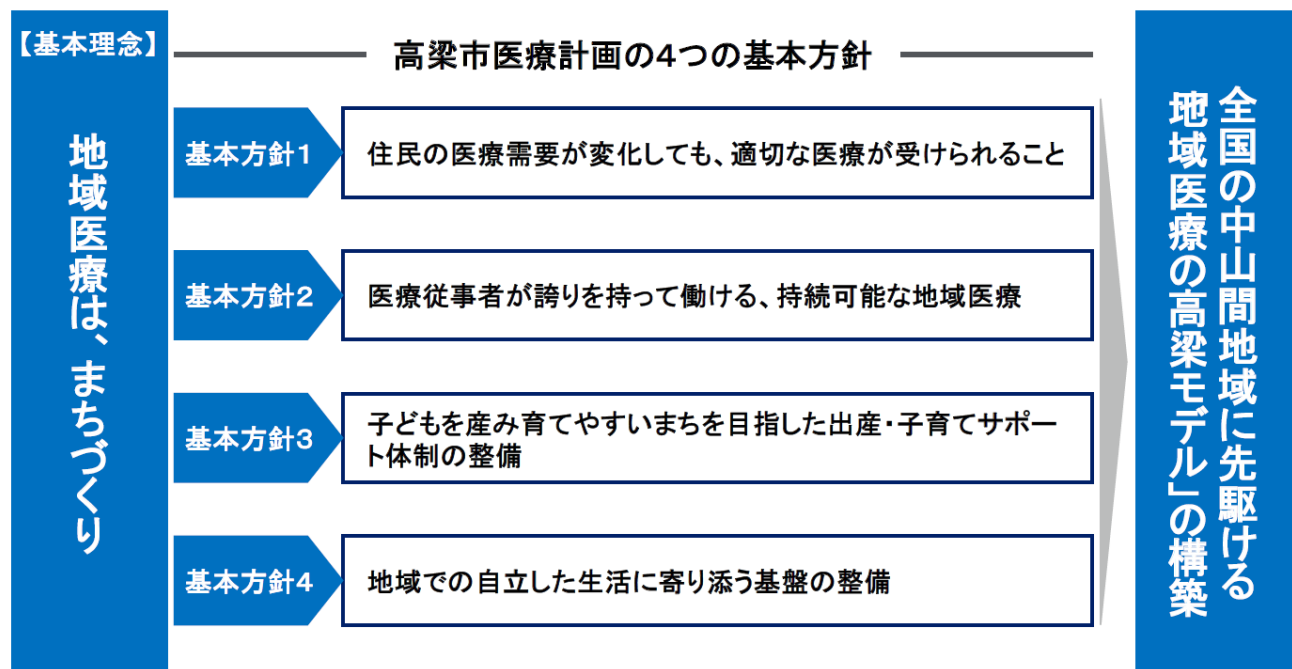
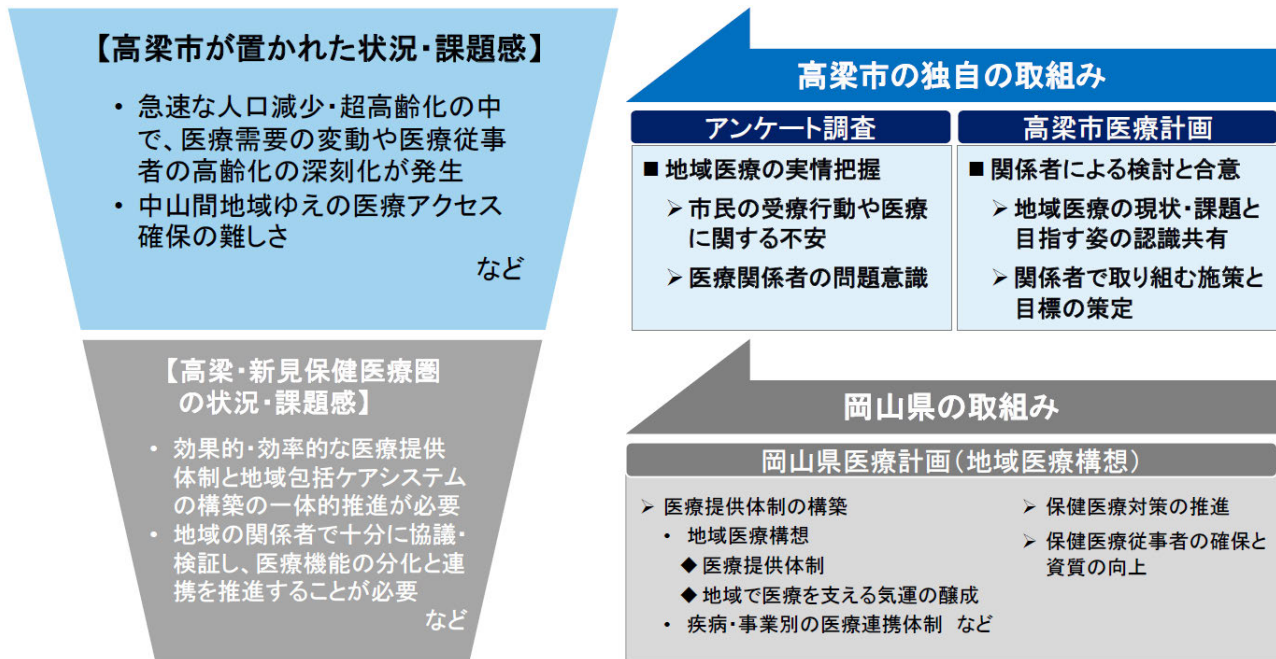
③その他

高梁地域では医師不足・看護師不足・医療関係者の高齢化といった問題を抱えており、高梁市医療計画を推進し、少ない医療従事者でも効率的に業務を進めるためにも「やまぼうし」をより有効的なツールにしていく必要がある。

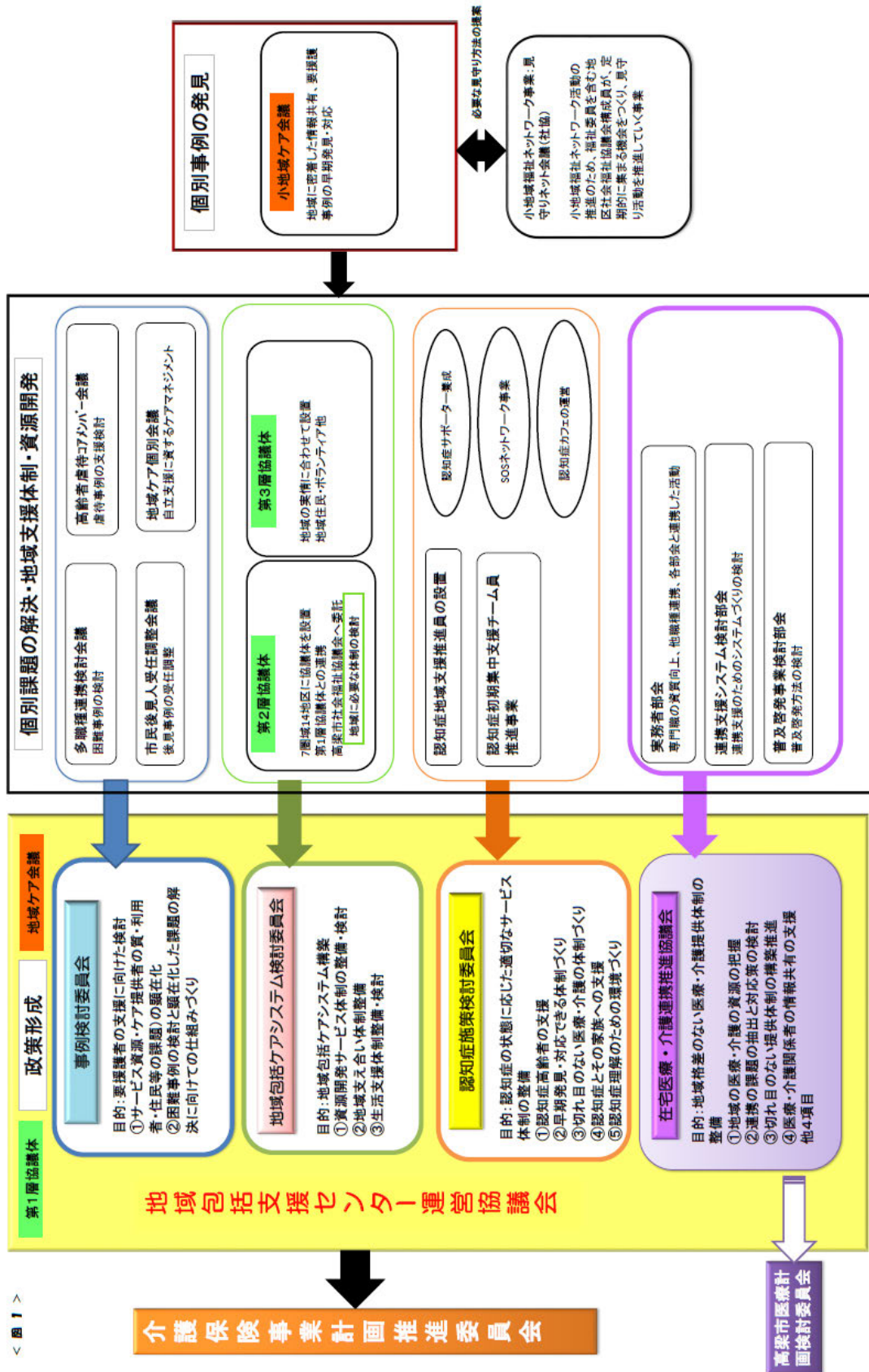
工程表

	平成23年度 2011	平成24年度 2012	平成25年度 2013	平成26年度 2014	平成27年度 2015	平成28年度 2016	平成29年度 2017	平成30年度 2018		
	在宅医療介護連携の構築 第1期									
	在宅医療介護連携の構築 第2期									
	在宅医療介護連携の構築 第3期									
会議体制	高梁市 在宅医療連携拠点事業について岡山県と連絡	在宅医療連携システム検討会議×4回 (高梁医師会、岡山県、備北保健所、高梁市が協力)		H25.5~ 在宅医療連携拠点事業推進協議会 (高梁市主体・医師会・備北保健所内の多職種が協力)				H28.4~ 在宅医療・介護連携推進協議会 (高梁市主体・医師会・備北保健所内の多職種が協力)		
	医師会 県医療情報・遠隔医療システムのフォアウォーム (地域医療再生基金)	フールドカ FIE×3回		普及啓発部会				実務者部会 (専門職の資質向上・多職種連携・各部会連携)		
医療ネットワーク	医師会 勉強会 「iPhone・iPadを用いた訪問看護介護支援システム」	普及啓発部会		連携システム検討部会				普及啓発事業検討部会 (普及啓発方法の検討)		
	川上診療所 携帯テレビ電話による訪問診療の実験	連携システム検討部会		H25.1 医療ネットワーク岡山「晴れやかネット」運用開始				連携支援システム検討部会 (連携支援システムづくりの検討)		
高梁市					H25.9 拡張機能提案 →ケアキャビネットを採用				(コア) ICT検討部会	
									高梁市医療計画検討委員会 (計画の策定及び変更、計画の具体的事項・進行管理)	
									医療機関連携推進部会	

参考：高梁市の医療介護の課題と医療計画・基本方針



参考：地域包括支援センター会議体制図（平成30年度）



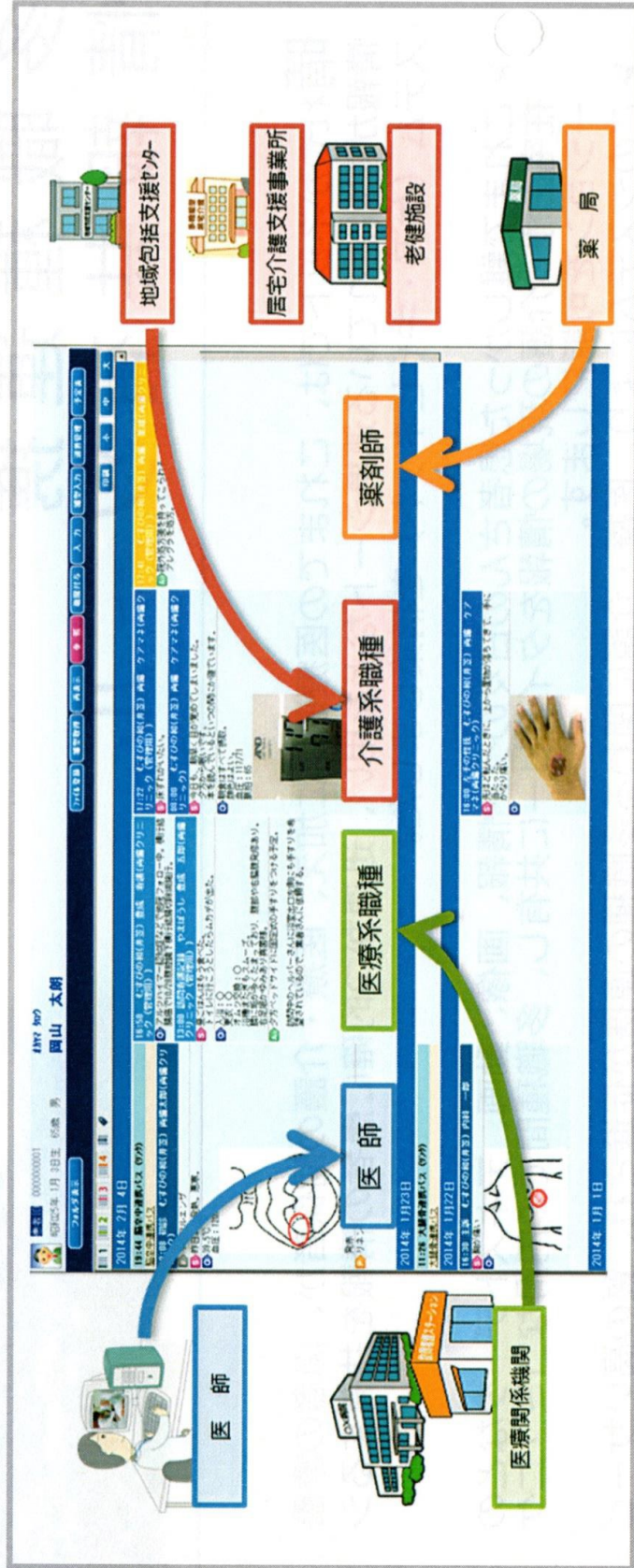
< 図 1 >

参考：晴れやかネットの機能拡張「ケアキャビネット」画面構成




画面構成

- ✓ 従来電話や書類等のやりとりで交換していた患者に関する施術、処方、治療方針などの情報を、関係者がそれぞれに入力、閲覧することができ、情報共有が図ることができます。
- ✓ また医師、居宅、訪問看護、老健施設など職制毎の記事や記録を各々の列で時系列に併記することができますため、ケアのプロセスをより視覚的に把握することができます。



参考：晴れやかネット同意書

		晴れやかネット 同意書	
<p>私は、晴れやかネットの情報共有ツール「ケアキャビネット」の説明及び説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法について理解したので、私の医療・介護情報が、現在及び近い将来関係すると見込まれる関係施設で利用されるため晴れやかネットへ登録されることに同意します。</p>			
平成 年 月 日			
晴れやかネットに登録を同意するご本人			
住所 〒 _____			
電話番号 _____			
フリガナ _____		性別 男性・女性	
氏名（自署） _____		生年月日（M・T・S・H）	
年 月 日生			
氏名（代筆） _____			
代筆者（自署） _____		（本人との続柄 ）	
担当医師氏名 _____		施設名 _____	
説明者氏名 _____		施設名 _____	

参考：救急医療情報シートの記入例

(記 入 例)
救 急 情 報

(平成 23 年 3 月 31 日作成)
(平成 年 月 日変更)

フリガナ 氏 名	生年月日	性 別	血液型
タカハシ タロウ 高梁 太郎	昭和12年4月23日	男	(※1) A 型
住 所	町内会	電話番号	
高梁市松原通2043	松原通	0866-21-0265	

(※1)血液型が分からない場合は、「不明」と記入ください。

(※2)かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
〇〇〇病院	〇〇〇第2病院

(※2)2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入ください。

緊急連絡先氏名	続 柄	住 所	電話番号
高梁 二郎	弟	総社市中央〇〇番地	0866-92-**** 090-****-****
成羽 三郎	子	高梁市成羽町成羽〇〇番地	0866-42-****

担当民生委員氏名	有 漢 太 郎
----------	---------

服薬の有無	持 病
(※3) 有	心臓病() 糖尿病() 脳梗塞() 透 析() 高血圧(○) その他(喘息)

(※3)服薬が「有」の人は、薬剤情報提供書(写し)やお薬手帳(写し)を入れてください。

指定居宅介護 支援事業者等	事業所	〇〇〇〇居宅介護支援事業所
	担 当	備 中 花 子

アレルギーの有無	ある(食物アレルギー) ・ ない
手 術 歴	体内に金属はあるか ある() ・ ない() わからない
(※4) その他救急隊員 への伝言など	数年前に、肺の手術をした。 眠れないときに、睡眠薬を服用することがある。

(※4)救急隊員へ伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

鳥取県日野郡日野町：日野町役場

地域概要

日野町は、鳥取県西南部に位置している。平安時代の京文化が伝えられ、戦国時代には尼子・毛利両氏の相争う戦場となった。徳川時代初期には、関長門守一政が黒坂に城下町を形成、藩政時代には、宿場も形成され、新田開発など農業も生産拡大がはかられた。また、山砂鉄の採取とたたら製鉄は、明治時代に近代製鉄が台頭するまで、この地域の重要な産業であった。

昭和 28 年、根雨町と日野村が合併して根雨町に、同 34 年、さらに黒坂町が合併して、現在の日野町が誕生した。



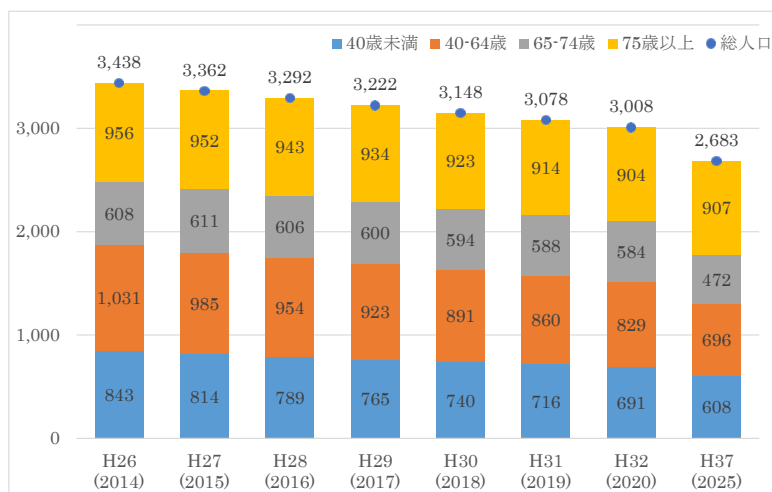
人口・面積

- 人口： 3,194 人
- 面積： 134k m²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

日野町の平成 29 年の高齢化率は 47.6%で、同時期(平成 29 年 10 月 1 日現在)の鳥取県平均 30.9%を大きく上回っており、2025 年には 5 割を超えると推計されている。



出典：第 7 期日野町高齢者福祉計画 介護保険事業計画

○地域医療資源（施設数）

- 医師数 9（人口 10 万人あたり 274.56、全国平均 237.28）
- 一般診療所 1（人口 10 万人あたり 30.51、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 73.57）
- 病院 1（人口 10 万人あたり 30.51、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 30.51、全国平均 1.07）、病院病床数 99（人口 10 万人あたり 3,020.13、全国平均 1,201.30）
- 歯科 2（人口 10 万人あたり 61.01、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 8.75）
- 薬局 2（人口 10 万人あたり 61.01、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 0（人口 10 万人あたり 0.00、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（鳥取県西部広域行政管理組合消防局の管轄区域：米子市・境港市・西伯郡・日野郡の 2 市 2 郡（9 市町村）・約 1200 km²）

- 消防局 1・消防署数 4（出張所 6）、職員定数約 300 人、救急車 14 台
- 日野町は江府消防署の管轄内（日南町、日野町及び江府町）で本署と生山出張所で構成される・職員 42 人・救急車 1 台
- 平成 29 年救急出動件数 10,961 件（平成 25 年 8,800 件の 1.25 倍）、搬送人員 10,305 人（同 8,286 人の 1.24 倍）
同時期、日野町の出動件数は 192 件、搬送人員 176 人
- 上記のうちの急病件数 6,859 件、急病搬送人員 6,442 人
- 平成 29 年搬送人員 10,305 人の傷病程度別の内訳：死亡 125 人（1.2%）、重症 1,257 人（12.2%）、中等症 5,092 人（49.4%）、軽症 3,822 人（37.1%）、その他 9 人（0.1%）
- 平成 29 年搬送人員 10,305 人の年齢別の内訳：新生児 51 人（0.5%）、乳幼児 441 人（4.3%）、少年 386（3.7%）、成人 2,962 人（28.7%）、高齢者 6,465 人（62.7%）

（出典「鳥取県西部広域行政管理組合消防局 消防年報 平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

事例の概要

協議体として、地域ケア連絡会の中に「在宅医療・救急医療連携部会」を部会として新設し、以下の一つの目標と2つの課題について1年間取り組んできた。

■目標

人生の最終段階において本人の意思を尊重することができる

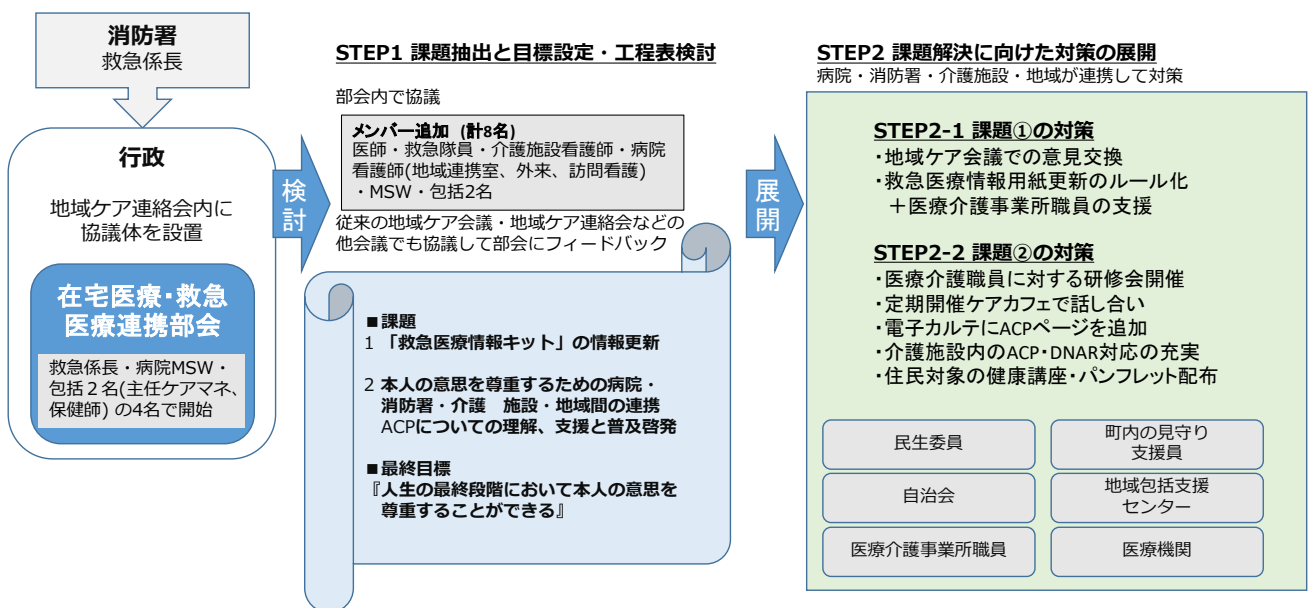
■課題1

「救急医療情報キット」の情報更新

■課題2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携

ACPについての理解、支援と普及啓発



取組の紹介

(1) 取組の背景

日野町は高齢化率 47.6%で少子化も高齢化も進んでおり、50%を越えるのも時間の問題という状態である。

平成 29 年 4 月に消防署救急係長から町地域包括支援センターに対して、消防署も地域包括ケアシステムの一員なので連携できないか、という話を持ちかけられた。

これまで日野町の地域包括ケアシステムを構築するうえで消防署との連携は想定していなかったが、消防署は高齢化率の高い日野郡を管轄しており、そこから消防署と包括支援センターとの連携が始まった。

消防署職員が会議（地域ケア会議・見守り支援連絡会・事例検討会・ケアカフェなど）に参加するようになった。そこに平成 29 年度開催の在宅医療・救急医療連携セミナーの話が来たので、参加しないかと、いう話になり、平成 29 年 10 月及び 30 年 2 月のセミナーに消防署救急係長・町内総合病院の MSW・包括の主任ケアマネの 3 名で参加した。

(2) 検討開始

① 発足の経緯

平成 29 年度の厚生労働省「在宅医療・救急医療連携セミナー」に参加し、地域で在宅医療・救急医療連携のための工程表を作ったことをきっかけに、多職種間で連携が進むようになった。

まず、地域ケア連絡会の中に在宅医療・救急医療連携部会を部会として新設、これから何をすべきか、現状の課題と解決策を話し合う協議体の設置を行った。

【参加者】救急係長・病院 MSW・包括 2 人の合計 4 人で開始

話し合いを進める中で、介護施設からの救急搬送などの話も挙がり、より現場の声を反映させた取組みを行う為に、介護施設メンバーや搬送先の医療現場の関係者として、介護施設看護師 1 人、病院看護師 3 人(外来・訪問看護・地域連携室)に加わってもらい、合計 8 人で協議体を運営していくこととなった。

その他、内容によって、従来の地域ケア会議・地域ケア連絡会などの他会議でも協議を行い、共通の課題として多職種で協議した内容を部会へフィードバックを行った。

②組織の体制

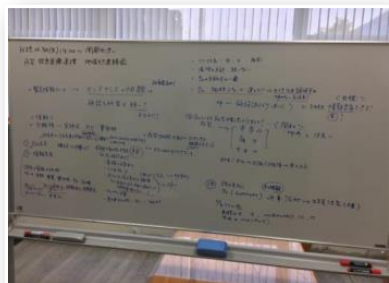
地域ケア連絡会 在宅医療・救急医療連携部会

- ・ 医師・救急隊員・介護施設看護師・病院看護師(地域連携室、外来、訪問看護)
- ・ MSW・包括(主任ケアマネ、保健師)

新規の会を作るのではなく、既存の地域ケア会議の部会として新たに設置したことで職場の理解が得られやすかった。また、人口規模が大変小さいため、既に顔が見える関係であり、関係各所に相談しやすい環境であったため、適宜情報を連携しながら運営を行った。

また、病院内で開催することにより、医療関係者が参加しやすいようにして、繰り返し協議した。

地域ケア連絡会 在宅医療・救急医療連携部会



参加しやすいように病院内で開催し
繰り返し協議した。



③課題抽出と目標設定

協議を重ねた結果、様々な課題が明らかになった。大きくは以下の2点に分かれる。

■ 課題

- 1 「救急医療情報キット」の情報更新
 - 2 本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携
- ACP についての理解、支援と普及啓発

■ 最終目標

『人生の最終段階において本人の意思を尊重することができる』

この最終目標を達成するために、病院・消防署・介護施設・地域の連携のもと、地域住民一体となって推進していくことで合意した。

(3) 課題 1 に対する対応策の展開

課題 1

「救急医療情報キット」の情報更新

対応策（案）	実施可能性
地域ケア会議での意見交換	○
救急医療情報用紙更新のルール化	○
医療介護事業所職員の支援	○
病院で情報更新の支援	△

【救急キットとは？】

もしもの時に、家族や知人等の連絡先・かかりつけ医・持病・服用薬などの医療情報などを容器に入れて、自宅(冷蔵庫)に保管しておき、救急時に備えるもの。



救急医療情報キットの配布状況	
人口	3, 194名
75歳以上の総数	901名(28.2%)
配布対象者数	312名(34.6%)
配布者数	229名(73.4%)

平成30年4月現在
(配布対象者：75歳以上で高齢者のみの世帯を集計)

配布対象者:75歳以上で高齢者のみの世帯を集計しており、配布数は229名で対象者数の73.4%である。「自分は要らない」という人もいるので、なかなか100%にはならないという状況である。

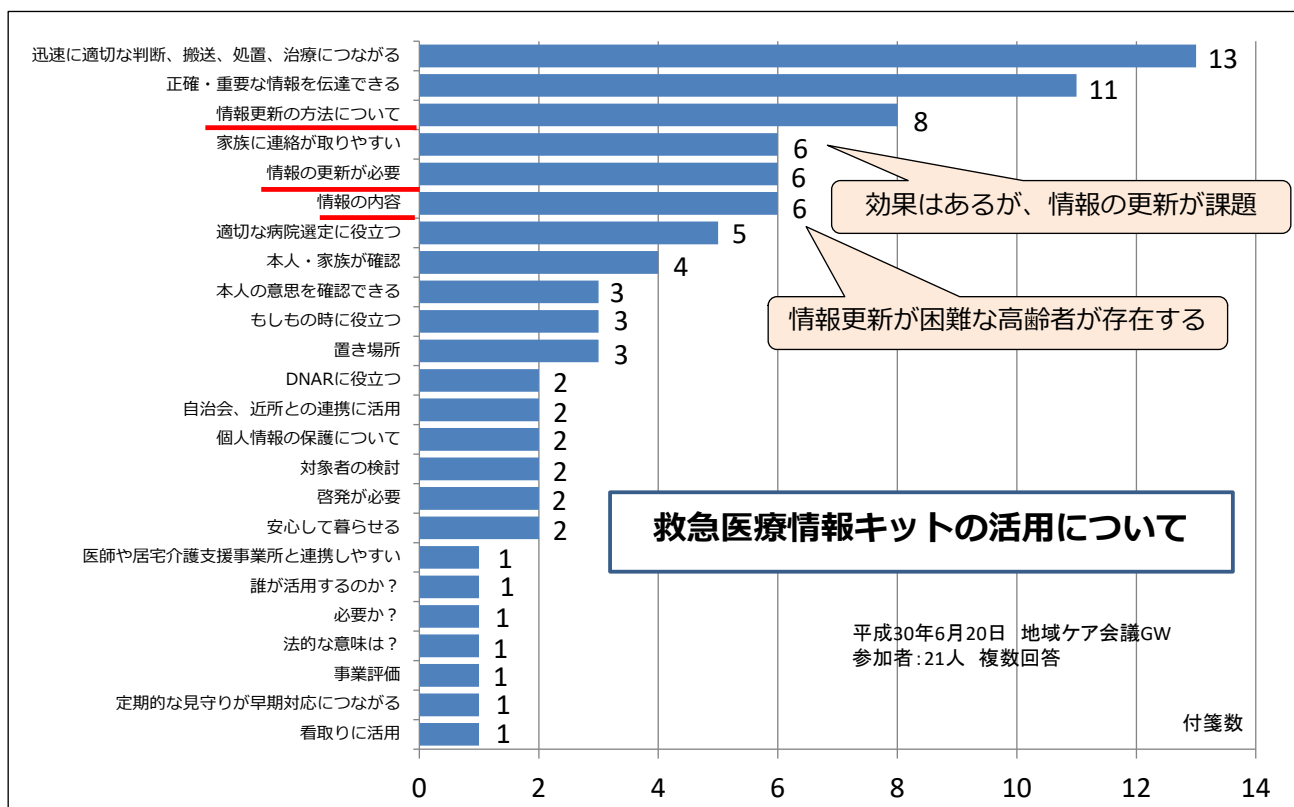
ア) 地域ケア会議での意見交換

平成30年6月地域ケア会議で意見交換(参加者21人)



- テーマ「救急医療情報キットを有効に活用するために」関係者で効果、課題、解決策を検討し共有した。
 - 「行ってみたらほとんど白紙だったということもあった」など更新が不十分
 - 情報更新が困難な高齢者が存在する

救急医療情報キットの活用についての意見（複数回答）



イ) 救急医療情報用紙更新のルール化+医療介護事業所職員の支援

更新が課題という対応策として、平成29年度から3年に1回全員定期的に用紙を更新(救急医療情報用紙更新のルール化する事)とした。

そのルールを行き渡らせる為に、1年に1回訪問し、確認支援(町見守り支援員2人、民生委員20人)や健康福祉課の担当職員同士も連携して、対象の住民に更新をするよう求めていくこととした。

今後は医療介護サービス事業所職員の支援もお願いできないか、地域ケア会議で検討する予定である。

(4) 課題 2 に対する対応策の展開

課題 2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携 ACP についての理解、支援と普及啓発

対応策（案）	実施可能性
関係者対象の研修	○
電子カルテにACPのページを追加	○
介護施設内のACP・DNAR対応の充実	○
住民対象の健康講座	○
住民へパンフレット配布	○
医師との連携と参画	△
既存の連携情報提供用紙の点検	○

ア) 関係者対象の研修

在宅医療・救急医療連携部会で勉強会を行った。

■ 医療介護職員に対する研修会の開催

■ 定期的に行っているケアカフェで話し合い

教材として、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省改訂平成 30 年 3 月）、パンフレット、ACP 研修会参加報告等を利用した。

医療介護職員の中で知っている職員は意外と少ないようである。

イ) 電子カルテに ACP のページを追加

診療報酬の改定において地域包括ケア病棟入院料の「看取りに対する指針」を策定すること、という項目があり、その際にはガイドラインをふまえて策定しなければならないとの事で、これを反映する為、電子カルテに ACP のページを追加し、多職種で連携することにより本人の意思を知り、尊重するといったことを反映していくことを検討中である。

ウ) 介護施設内の ACP・DNAR 対応の充実

この会をきっかけとして、介護施設職員が、本人・家族・医師・看護師、救急隊員と繰り返し相談し、対応できるようになった。

工) 住民対象の健康講座

自治会単位で開催する介護予防教室「ぽかぽか教室」において医師による健康講座を開いてもらい、そこで「もしものときの安心手帳」を配布し、説明している。

「もしものときの安心手帳」とは

病気や認知症、事故、加齢などで自らの意思を伝えることができなくなる場合に備えて、医療や介護についての希望や、大切な人に伝えておきたい事を元気なときに書いておく手帳

「もしものときの安心手帳」とは

病気や認知症、事故、加齢などで自らの意思を伝えることができなくなる場合に備えて、医療や介護についての希望や、大切な人に伝えておきたい事を元気なときに書いておく手帳

(鳥取県西部医師会作成)



オ) 住民へパンフレット配布

地域包括支援センターで要支援と事業対象者に介護予防手帳を配布しているが、その際に、啓発資料を入れて説明、配布している。

- ・「もしものときの安心手帳」
- ・「もしものときのために」(厚生労働省 HP より)



+



= 配布

(5) 取組の成果

最終目標：『人生の最終段階において本人の意思を尊重することができる』

最終目標を達成するために病院・消防署・介護施設・地域の連携のもと、地域住民一体となって推進していく!

↓

成果

- 挙げられた2つの課題を、関係者全員の協働のもとに取組んだことで当初の目標に向かって推進することが出来た。

検討会の開催や関係者の協力体制

- 地域ケア連絡会(在宅医療・救急医療連携部会)、地域ケア会議 /合計8回(12時間)延べ70人
- 民生委員全員(約20名)による個別訪問、用紙の配布や記入支援
- 町内の見守り支援員(2名)が207人(対象者の90.3%)を個別訪問し記入内容を確認

全体を通して

- 病院、消防署、介護施設、地域が目標と課題を共有し、同じ方向を向くことができた。
- 今までなかった救急隊員との連携ができ、相互理解が深まった。

今後について

(1)「救急医療情報キット」の情報更新

- ケアプランに記載し、関わる医療介護関係者が情報更新支援ができる体制づくりを地域ケア会議で検討する

(2)本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設と地域との連携

～ACP についての理解、支援と普及啓発～

- 医療介護関係者の研修会
- 電子カルテに ACP ページを追加し、多職種で共有支援することにより看取り指針を充実させる
- 住民への普及啓発

(3)地域ケア連絡会(在宅医療・救急医療連携部会)を継続

- この協議体を中心に今後の取組みを推進

工程表

	準備	検討	展開
内容	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア連絡会内に「在宅医療・救急医療連携部会」を開設 課題抽出・目標設定 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> H29.10 在宅医療救急医療 連携セミナー参加 (1回目) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> H30.2 在宅医療救急医療 連携セミナー参加 (2回目) </div> </div>	H30.6：地域ケア会議 課題①救急医療情報キット更新 ・キットの活用について検討 ・更新ルール作成 課題②本人意志尊重・ACP ・関係者に勉強会開催・研修	課題①対策 ・キットの更新確認 課題②対策 ・医療介護救急現場の研修 ・医療システム対応 ・住民への周知活動
行政	セミナー参加（包括） 工程表作成 会議運営	会議運営 従来の地域ケア会議・地域ケア連絡会などの他会議でも協議し部会にフィードバック	課題①キットの更新確認 (町見守り支援員2人、民生委員20人) 課題②住民にパンフレット配布・健康講座で「もしものときの安心手帳」
消防	セミナー参加（救急係長） 工程表作成	会議参加	課題②現場の研修
病院	セミナー参加（病院MSW） 工程表作成	会議参加	課題②電子カルテACP追加 課題②現場の研修
介護施設	部会に参加	会議参加	課題②ACP/DNAR対応 課題②現場の研修

地域ケア連絡会 在宅医療・救急医療連携部会（地域ケア個別会議）

回	とき	内容	人数
-	29年10月22日	平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー（1回目）参加	2
1	29年10月30日	事業の進め方	4
2	29年11月7日	工程表の検討 目標、課題を意見交換	5
3	29年12月22日	連携様式、日野町の終末期意思決定支援救急医療シート	5
4	30年1月17日	病院での終末期救急医療、終末期医療ガイドラインの改定	7
-	30年2月4日	平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー（2回目）参加	3
5	30年2月26日	第2回セミナー報告、今後の取組み	7
6	30年7月18日	「蘇生を望まない救急患者の取扱い」「人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」「地域ケア会議における救急医療情報キット協議報告と取組み検討」	13
7	30年11月15日	第37回山陰救急医学会報告「救急医療情報キットの活用について」 ACPにかかる診療報酬について	8

参考：広報誌でのキットの案内

ご存じですか？

『救急医療情報キット』



町では、緊急時に救急隊員などに必要な情報を提供する「救急医療情報キット」を、希望者に無償で配布しています。

救急医療情報キットって？

家族や知人などの連絡先・かかりつけ医・持病・服用薬などの情報を容器に入れ、自宅の冷蔵庫に保管しておくことで、救急車を呼ぶなどの緊急時に、救急隊員などがその情報を活用し迅速な救命活動が行えるよう備えるものです。

救急医療情報キットの配布状況（H30.4月時点）

75歳以上の高齢者数	901人
配布対象者数 (75歳以上の高齢者のみの世帯)	312人
配布者数	229人(73.4%)

※上表はキットの配布対象者の一部、75歳以上の人を集計しています。

救急医療情報キットをもらうには

<対象者> ▼65歳以上の高齢者のみの世帯 ▼障がいのある人
▼そのほか、必要だと思う人は役場までご連絡ください。

<キットの内容>

- ①保管用の容器（医療情報などを記載した用紙を入れ、冷蔵庫に保管）
- ②医療情報等記載用紙
- ③冷蔵庫扉用シール（マグネット）
- ④玄関用シール（目印として玄関の扉などの内側に貼り付けるもの）

<申請場所>

希望者は、役場健康福祉課および役場黒坂支所に備え付けの申請書に必要事項を記入の上、提出してください。詳しくは、役場健康福祉課（電話 72-0334）までお問い合わせください。



<江府消防署からのお願い> 情報用紙に記入を

キット内の医療情報等記載用紙に必要事項が記入されていなかったため、救急時に活用できなかったという事例がありました。救急医療情報キットを持っている人やこれから受け取る人は、内容が変わったら必ず新しい情報に書き直しておきましょう。

どんなメリットがあるの？

- ▼迅速に適切な判断、搬送、処置、治療につながる。
- ▼正確・重要な情報を伝達できる。
- ▼家族に連絡が取りやすい。
- ▼かかりつけ医が分かるので、適切な病院選定に役立つ。

江府消防署
松本章義さん



夜間の急な病気やけがなど、すぐに受診した方がよいのが困ったときは…

とっとり

大人（おおむね15歳以上の人）を対象

県内のプッシュ回線・携帯電話からは

おとな 救急ダイヤル # 7 1 1 9

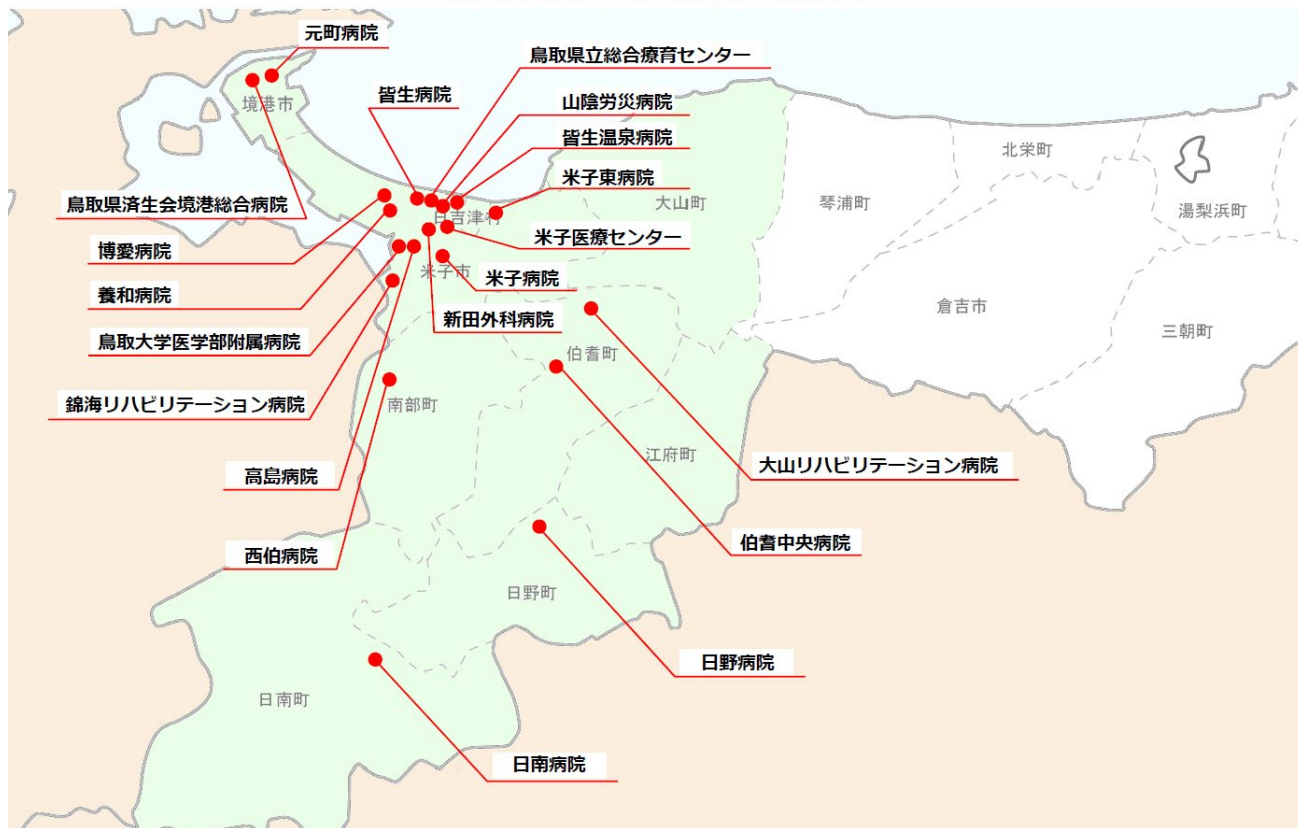
経験豊富な看護師などが医療機関の受診の必要性や対処方法などについて助言します。

※この相談は、診療、医療行為ではなく、電話での助言により相談者の判断の参考としていただくものです。※相談料は無料ですが、通話料金がかかります。

広報ひの 2019年1月

参考：鳥取県西部の医療機関

鳥取県西部 医療機関(病院)



日野町における地域包括ケアシステム



大分県臼杵市：臼杵市医師会立コスモス病院

地域概要

臼杵市は大分県の東海岸に位置しており、東は豊後水道に面し、北は佐賀関半島、南は長目半島に囲まれた臼杵湾に沿って広がっている。産業は農業・漁業の他、造船業、醤油・味噌などの醸造業も盛んである。

国宝の臼杵石仏や臼杵城の城下町の町並みでも知られており、「田舎暮らしの本」の2019年第7回住みたい田舎ベストランキングで若者が住みたい田舎・シニアが住みたい田舎共に1位となっている。



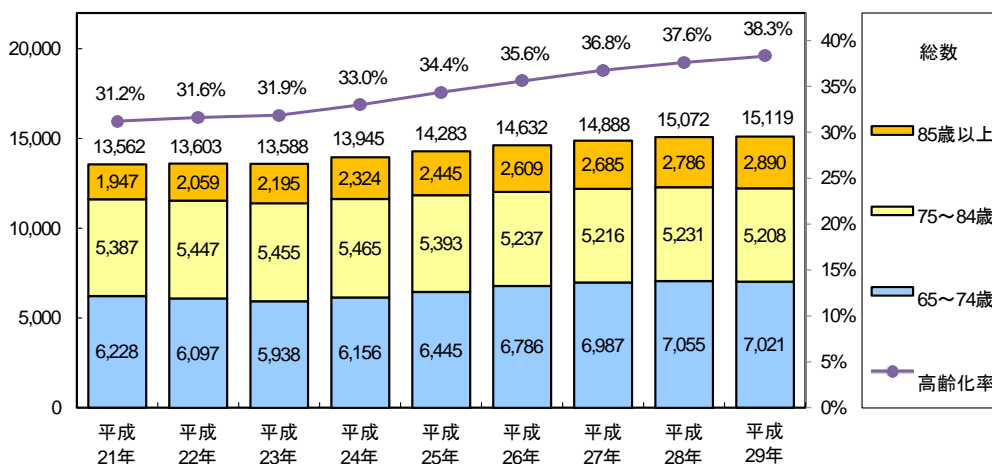
人口・面積

- 人口： 37,124 人（推計人口、2018年10月1日）
- 面積： 291.08 km²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

臼杵市の高齢化率は39.3%で、同時期の大分県平均31.8%を上回り、高い水準にある（平成29年10月1日現在）。



資料：臼杵市「住民基本台帳」(各年10月1日現在)

○地域医療資源（施設数）

- 医師数 62（人口 10 万人あたり 160.01、全国平均 237.28）
- 一般診療所 29（人口 10 万人あたり 74.84、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 6（人口 10 万人あたり 15.48、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 116（人口 10 万人あたり 299.37、全国平均 73.57）
- 病院 4（人口 10 万人あたり 10.32、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 1（人口 10 万人あたり 2.58、全国平均 1.07）、病院病床数 512（人口 10 万人あたり 1,321.36、全国平均 1,201.30）
- 歯科 17（人口 10 万人あたり 43.87、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 2（人口 10 万人あたり 5.16、全国平均 8.75）
- 薬局 17（人口 10 万人あたり 43.87、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 3（人口 10 万人あたり 7.74、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（臼杵市消防局の管轄区域：臼杵市、291 km²）

- 消防署数 1（他に分署 1<野津分署>）、職員定数 65 人、救急車 5 台
- 平成 29 年救急出動件数 2,402 件（平成 25 年 2,128 件の 1.13 倍）、搬送人員 2,285 人（同 2042 人の 1.12 倍）
- 上記のうちの急病件数 1,197 件、急病搬送人員 982 人
- 平成 28 年搬送人員 2,285 人の傷病程度別の内訳：死亡 40 人（1.8%）、重症 526 人（23.0%）、中等症 1,026 人（44.9%）、軽症 666 人（29.1%）、その他 27 人（1.2%）
- 平成 29 年搬送人員 2,285 人の年齢別の内訳：新生児 0 人（0.0%）、乳幼児 54 人（2.4%）、少年 63（2.8%）、成人 483 人（21.1%）、高齢者 1,685 人（73.7%）

（出典「臼杵市消防年報平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

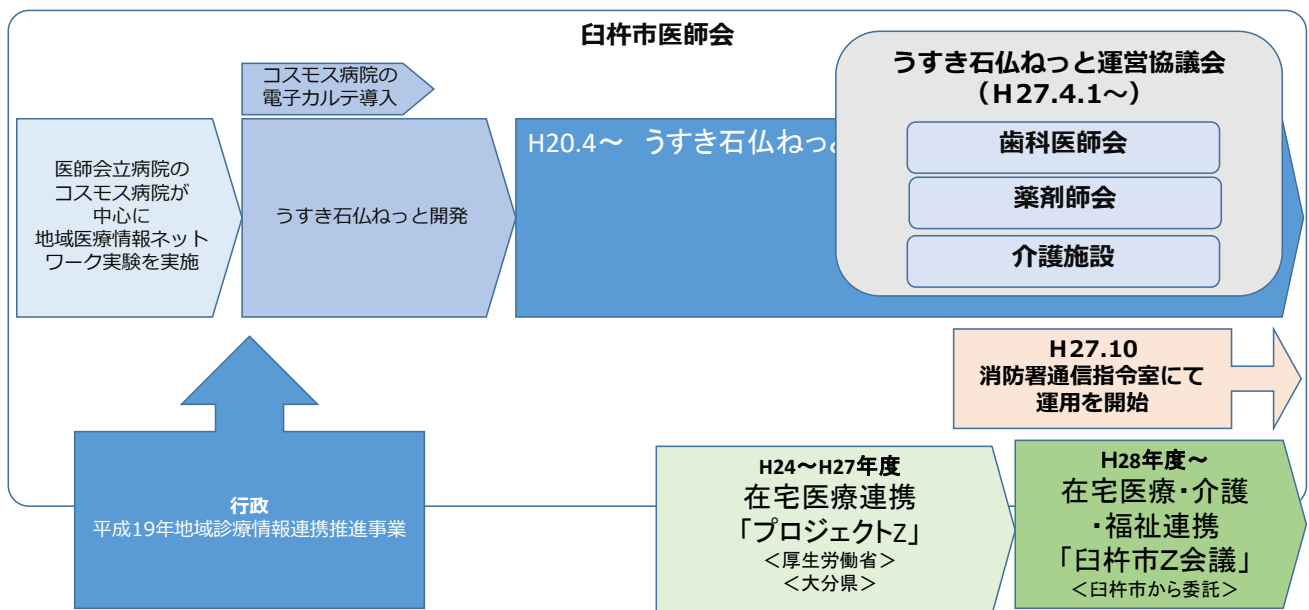
事例の概要

高齢化が進み、充実した医療連携、医療介護連携等がますます求められているが、それを支える人材が不足しているため、無駄の少ない安全で室の高い医療、介護サービスを提供することを目的に、地域医療の中心となる臼杵市医師会立コスモス病院により、「うすき石仏ねっと」が開発された。

患者情報を取り扱うための同意書にサインした患者には、病院、施設等で「石仏カード」が発行され、病院のカルテや患者情報等特定の情報が一定期間（60日間）閲覧できるようになる。また、患者が合意した場合には、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所においても、同期間の間でカードなしでも患者情報を閲覧できカードなしで情報を閲覧できる。

このうすき石仏ねっとのネットワークが広がり、平成26年には調剤薬局や福祉施設との連携を開始、平成27年には歯科医院や介護事業所と共に、同年10月より消防署通信指令室にて運用を開始、救急搬送時の緊急時連携シートや救急対応の為にダイレクトコール、県の心電図伝送システムなどと連携することで、救急時のうすき石仏ねっと利用による医療連携が進んでいる。

うすき石仏ねっと：行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会が共同運営



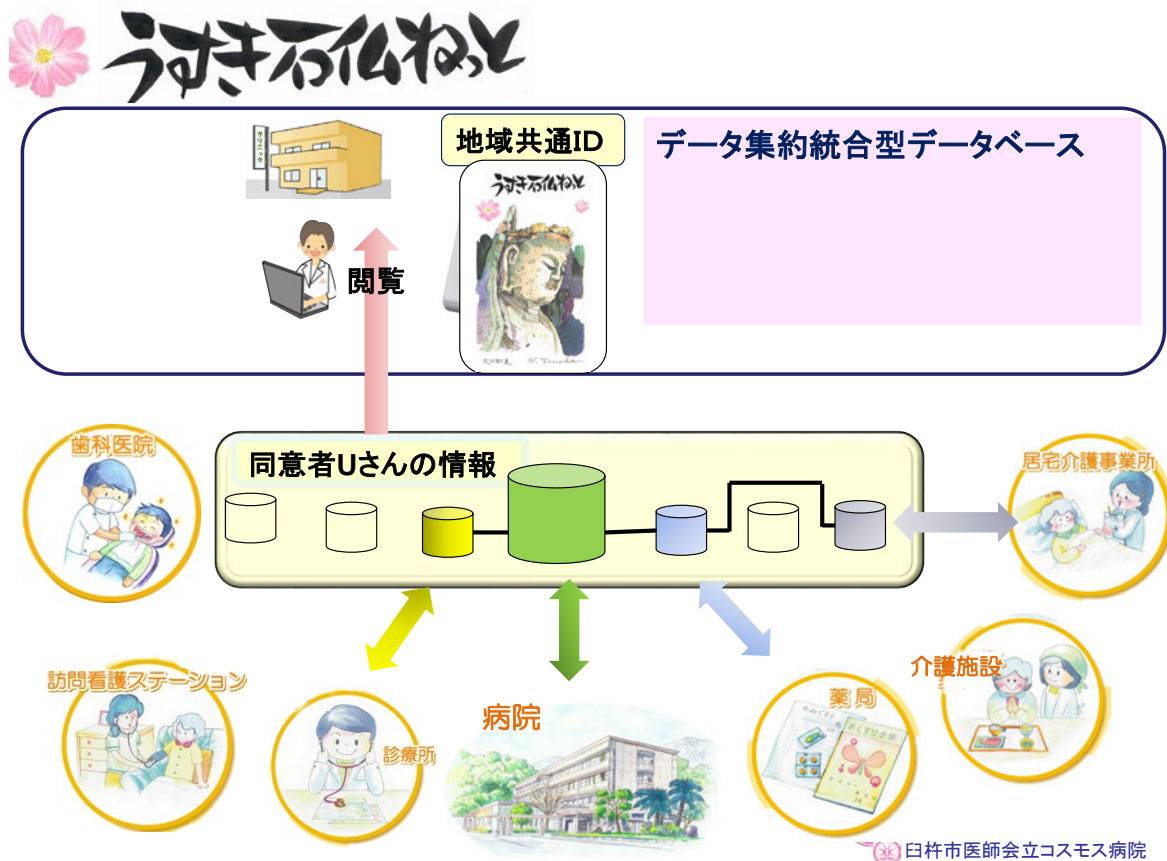
取組の紹介

(1) 取組の背景

① うすき石仏ねっとの稼働

コスモス病院は医師会立病院で、市内唯一の急性期病院であり、災害拠点病院であり、地域医療支援病院である。202床あるが、常勤医師は12名。救急車は断らず受け入れるが、高度医療は隣の大分の専門病院や高度救命センターに依頼している。代わりにリハビリを充実し、元気に地域に戻っていただくことをめざしている。このため、現在地域包括ケア病棟が90床と半分近くになっている。地域からの入り口でもあり、地域への出口でもある。

以前から地域医療情報ネットワーク実験を行っていたが、このコスモス病院の電子カルテシステム導入と同じタイミングに平成19年地域診療情報連携推進事業に参加することで、平成20年よりうすき石仏ねっどが稼働した。



その後、平成24年度在宅医療連携拠点事業として訪看連携を開始、平成26年には調剤薬局連携と福祉施設、一部の介護事業所連携を開始と、確実に連携が広がっていった。

②組織の体制

うすき石仏ねっとの連携の拡大に伴い、医療機関だけでなく、調剤薬局や歯科医院、福祉施設、介護事業所などの稼働も広がり、数多くの同意・参加をしてもらっている。



稼働数(同意数)/総数

- 医療機関 **26 (29) / 32**
- 調剤薬局 **15 (17) / 17**
- 歯科医院 **18 (18) / 19**
- 福祉施設 **6 (6) / 6**
- 訪問看護 **2 (3) / 3**
- 介護事業所 **20 (21) / 21**
- 公的機関
 - 臼杵消防署
 - 地域包括支援センター
 - 臼杵市役所
 - 大分県中部保健所
- 市民健康管理センター

当初は、臼杵市と医師会が中心となってすすめられてきたが、現在では行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会がタッグを組んで運営している。

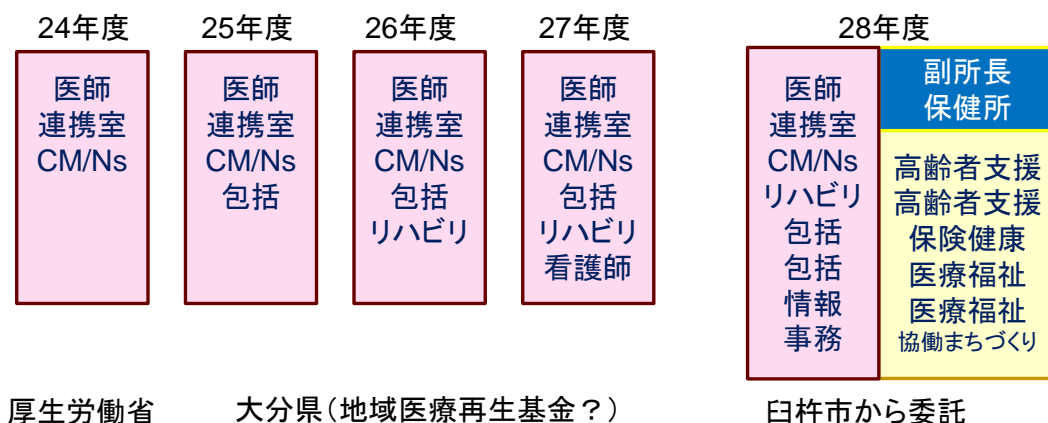
うすき石仏ねつと運営協議会（平成 27 年 4 月 1 日～）

理事

- 行政
 - 臼杵市副市長
 - 臼杵市福祉保健部長
 - 臼杵市福祉保健部保険健康課長
- 医師会
 - 臼杵市医師会副会長
 - 臼杵市医師会担当理事
 - 臼杵市医師会立コスモス病院院長または副院長
- 歯科医師会
 - 臼津歯科医師会長または副会長
- 薬剤師会
 - 臼津薬剤師会長または副会長
- 介護施設代表

臼杵市の在宅医療連携の取り組みは、コスモス病院を中心に医師会が取り組んだ「プロジェクト Z」で本格化し、行政が引き継いだ「臼杵市 Z 会議」で現在も継続して取組が進んでいる。

臼杵市では、糖尿病ネットワークや認知症を考える会等が他地域に先駆けて発足するなど、医師会と行政の関係が密に取れていたとともに、臼杵市の医療の中心となる病院が臼杵市医師会立コスモス病院であり、市内の訪問看護ステーションも医師会立病院出身者が多く、地域包括支援センターも市から医師会に委託され、医師会立病院に併設されているなど、医師会が在宅医療の立場の内情も踏まえつつ、医療連携、医療と福祉の連携の中心を担うことができた経緯がある。このため、医師会立病院を中心とし、在宅医療の連携の取組を進めていった。



プロジェクトZ
—在宅医療連携—

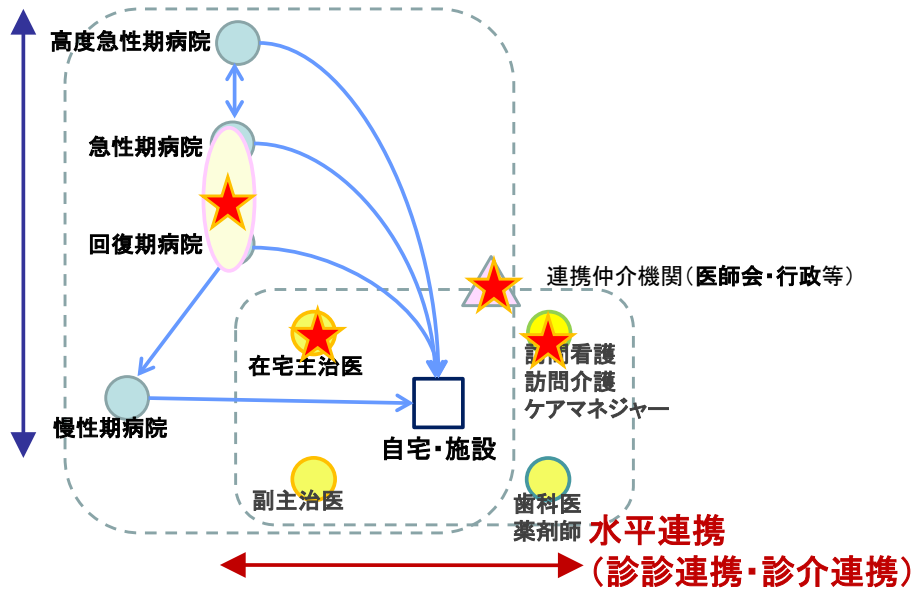
臼杵市Z会議
—在宅医療・介護・福祉連携—

(3) 救急連携への拡大

① うすき石仏ねっとの連携拡大

うすき石仏ねっとは病病・病診という垂直連携と、診診・診介という水平連携の両方向に拡大している。

垂直連携(病病・病診連携)

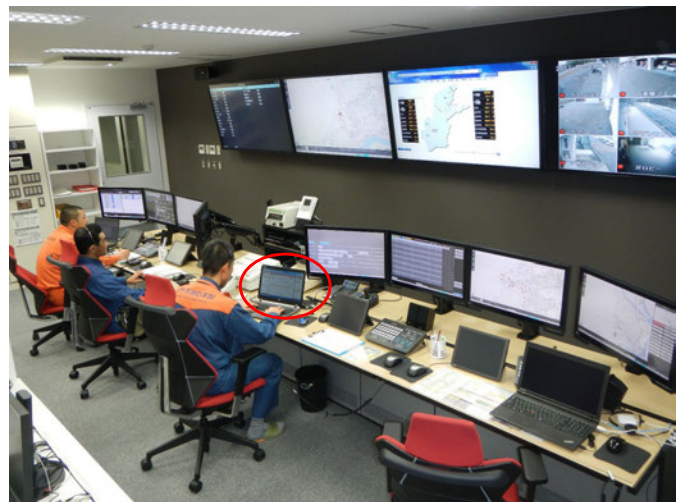


② 救急連携

平成 27 年には歯科医院や介護事業所と共に、同年 10 月より消防署通信指令室にて運用を開始した。

救急隊がうすき石仏ねっつに接続するのではなく、救急要請の通報があると、消防署の通信指令室からうすき石仏ねっつに接続する。

該当する患者の情報があるかを確認する事ができ、情報があれば、既往症や自立度、入退院履歴、更に調剤情報により救急用のアラート項目なども自動で判定されて一覧で表示させることができる。



消防署通信指令室 閲覧画面

この画面は、消防署通信指令室で患者の情報を閲覧するためのインターフェースです。患者名「白杵 太郎」が登録されています。左側のメニューには「救急用アラート項目」があり、「低血糖」「出血傾向」「認知症」「アレルギー」がリストアップされています。中央には「既往歴」のリストがあり、3項目が登録されています。右側には「コスモス病院 入院履歴」のリストがあります。下部には「自立度」の情報が表示されており、介護度（2016-06-30）が「要介護 5」であることが示されています。また、「ADL (2016-06-30)」の項目も確認できます。

消防署通信指令室 閲覧画面

この画面は、消防署通信指令室で患者の情報を閲覧するためのインターフェースです。患者名「白杵 太郎」が登録されています。左側のメニューは同じですが、中央の「既往歴・病名」リストに「1 糖尿病」「2 右大腿骨頭部骨折」「3 慢性硬膜下血腫」が追加されています。右側の「コスモス病院 外来来院歴」リストも確認できます。下部には「自立度」の情報が表示されており、介護度（2016-06-30）が「要介護 5」であることが示されています。また、「ADL (2016-06-30)」の項目も確認できます。

③ケアマネ連携 緊急時連携シート

うすき石仏ねっとにはケアマネ連携機能で緊急時連携シートが用意されており、患者の情報を閲覧できると同時にケアノートのように記入ができ、緊急時に利用されている。

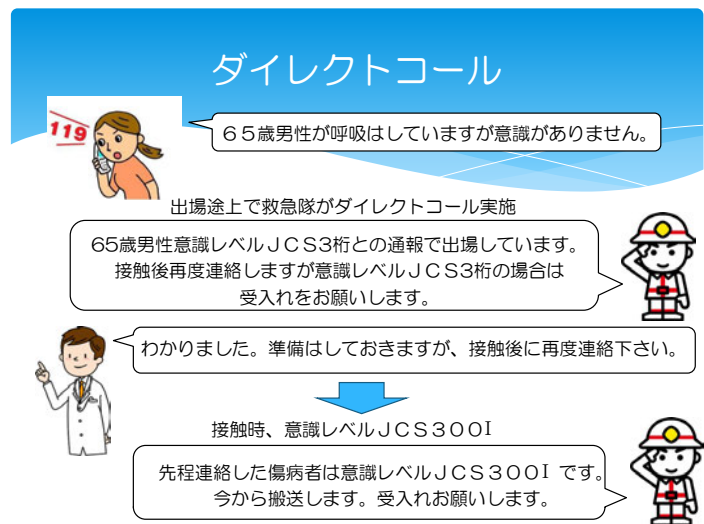
ケアマネ連携 緊急時連携シート

この画面は「緊急時連携シート」の登録画面です。患者名「白 黄色」が登録されています。上部には「登録日」「更新日」「登録者」などの情報が表示されています。中央には「地域連携資源事業所等」のリストがあり、「居宅介護支援事業所」「訪問介護ステーション」「ヘルパーステーション」が登録されています。下部には「障害高齢者日常生活自立度」の情報が表示されており、介護度（2015-08-10）が「要介護 1」であることが示されています。また、「ADL (2015-08-10)」の項目も確認できます。

④ダイレクトコールシステム

下記の症状を認める場合または疑う場合は、コスモス病院の医師が携帯している電話へ連絡する。その際、収容依頼を行い、必要があればMC指示を受ける。通報内容からダイレクトコールを実施する場合は傷病者接触前に行う。

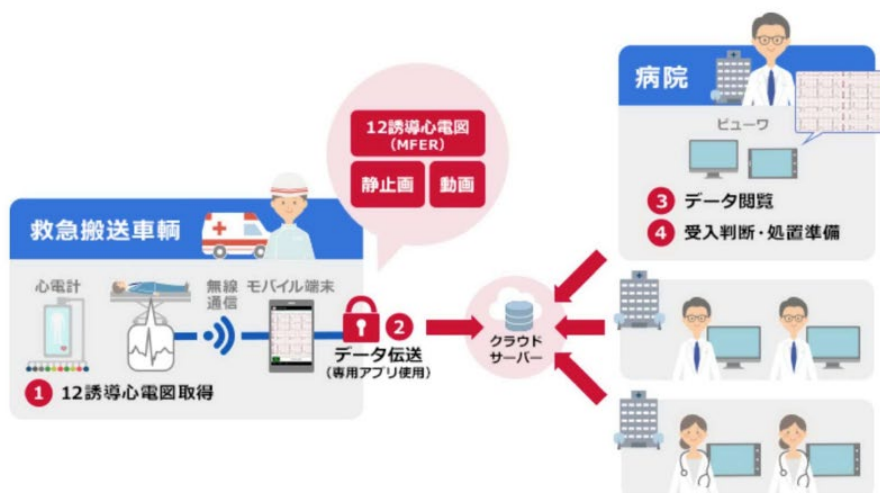
- CPA・意識レベルJCS3桁・高エネルギー外傷
- DMAT要請
- クモ膜下出血・アナフィラキシーショック
- ブドウ糖投与事案・ショックへの輸液事案



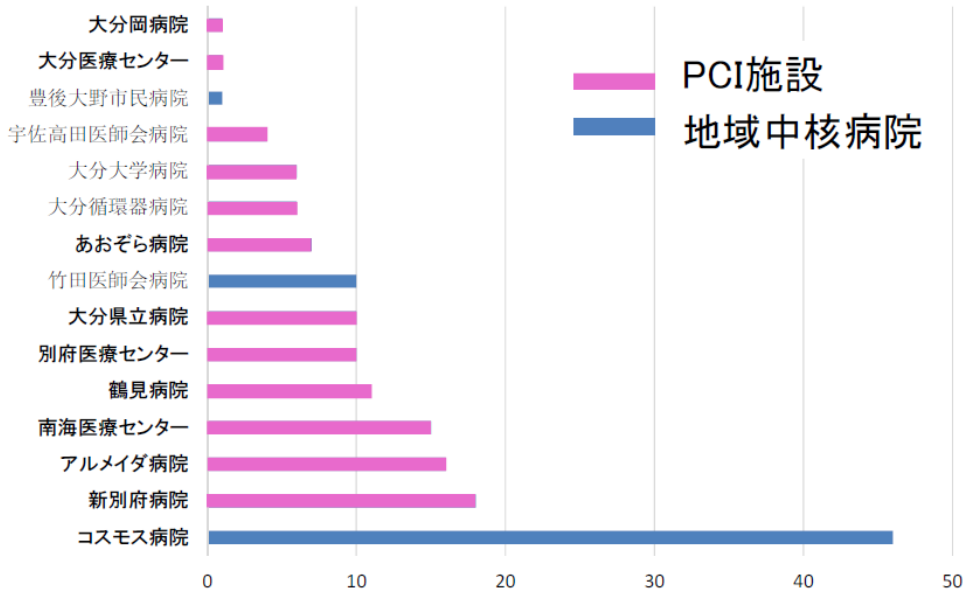
⑤大分県の心電図伝送システム

クラウド心電計を消防本部に1台ずつ導入し、既設のWindowsタブレットを利用してクラウド上のサーバーへ心電図をアップして、アクセスキーを医療機関に伝える。救命救急センターとクラウド心電図閲覧施設は、アクセスキーを使って、サーバーにある心電図を確認することで、患者が到着する前に、循環器科専門医が、病院内だけでなく自宅からも心電図を確認することができ、事前に治療の準備をしておくことができるというシステムである。

クラウド心電図伝送(C-ECG)システム



クラウド心電図伝送先別伝送件数



⑥ 検証活動

よりよい救急活動と救命率向上の為、救急現場における観察、判断、救急救命処置について、救急検証医の先生方を交えて検証を行う救急事後検証会議を平成17年より継続して行っている。検証と同時に、情報共有や救急現場活動への理解を求める為に、医療スタッフの参加も募っている。

更に平成24年以降は、臼杵市消防本部において、脳卒中・外傷・ドクターヘリ要請事案を検証するACS・stroke bypass 検証会議も継続して開催している。ここでは症例数を重ね、更なるDTBT（Door to Balloon Time：病院入り口からPCI実施まで）の短縮に繋がるよう、ACS症例の検証も行っている。

第6回 南部ブロック 救急事後検証会議
 (平成30年11月～12月の救急出動分)

日時：平成31年2月4日（月）
 18時30分～

場所：コスモス病院2階大会議室

救急事後検証会議とは、より良い救急活動と救命率の向上のため、救急現場における観察、判断、救急救命処置について、救急検証医の先生方を交えて検証を行うものです。
 医療スタッフとの情報共有と救急現場活動への理解を深めていただく意味でも、多数のご参加をお待ちしています。

臼杵市消防本部 警務課 救急グループ 担当：三原 TEL 0572-62-2303

ACS・stroke bypass検証会議
 (平成30年4月～平成30年9月の救急出動分)

日時 平成31年2月25日（月）18時00分～20時00分
 会場 コスモス病院 2階 大会議室

ACS・stroke bypass検証

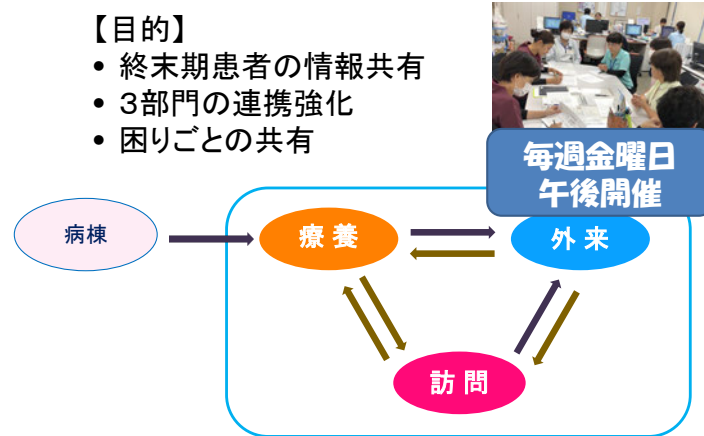
臼杵市消防本部では、脳卒中、外傷、並びにドクターヘリ要請した事案を検証してきました。平成29年4月から消防庁において十二誘導心電図の測定と伝送を実施しています。症例数を重ね、更なるDTBT短縮に繋がるよう、ACS症例の検証も行っています。

※DTBT (Door-to-balloon-time)
 再灌流療法までの時間としてdoor (病院の入口) からballoon (PCI実施) まで。検証では「救急隊の接触」、「最初の医療従事者の接触」へとさまざまな表現が用いられている。

⑦終末期などの対応について

終末期患者の情報共有や困りごとの共有など、訪問介護・病院外来・療養支援の連携を強化する為の会議を毎週金曜午後に行っている。

訪問看護、外来、療養支援室会議



うすき石仏ねっとでも3部門連携シートが用意されており、延命治療拒否や看取りの問題などの情報が共有されている。

3部門連携シート

担当医師	ID	氏名	年齢	性別	疾患名	経過	利用している訪問看護	急変時死亡時対応	担当部署	入院中
藤野Dr 濱中Dr	48809		77	女	ALS	ALS未告知 慢性呼吸器、痰の量増加しトリロジ、在宅酸素 試行し自宅退院、11月21日高齢者福祉院、11/30～ 12/13入院、12/14呼吸器あり緊急入院、	アート	急変時アート訪問看護から 救急車で当院へ	療養 大野	入院中
	341930		90	女	意識低下	12/19より歩行困難、12/20日件病院受診するも入 院の必要ないと書かれた。しかし、意識も戻れず動 けない。主治医は別府医療センター、12/21入院中	訪問看護	救急内科受診し当院へ紹介 の可能性あり	療養 大野	入院中
吉田Dr	417114		88	男	慢性心臓病 ・肺気腫、慢性気管支炎	12/30退院。本人は急変時救急搬送も拒否してい る。延命治療も拒否しており自宅で最期を迎える事 を希望しているが呼吸苦出現時は訪問より連絡あり 受診の可能性もある。	コスモス訪問	12/30～1/9までは吉田Dr が看取り、1/9～1/17まで は訪問→外来→濱中Dr連 絡	訪問 濱中	入院中
丸岡Dr	349037		89	男	パーキンソン病	コスモス病院入院中。オムツ交換、吸引も息子に指 導開始予定(1/21～) 1/31退院予定。定員の延 滞について訪問看護と相談中	コスモス訪問	入院対応中	訪問	入院中
						12/30退院。本人は急変時救急搬送も拒否してい る。延命治療も拒否しており自宅で最期を迎える事 を希望しているが呼吸苦出現時は訪問より連絡あり 受診の可能性もある。	訪問	12/30～1/9までは吉田Dr が看取り、1/9～1/17まで は訪問→外来→濱中Dr 連絡		
	198705		98	男	膀胱がん	久下サービスとの関係でわかりつづは久下病院 だが看取りはしない。 終末期までの紹介状は持っている。娘さんと連絡が 取れていないため来週帰郷	コスモス訪問		訪問 周野	
藤野医師	172857		82	女	原発性副甲状腺亢進	緊急入院後、嚥下困難低下している。下がって いない。 ～食事摂取量低下し1/15から療養施設受診し輸 液しながら1/17退院予定とのこと。1/20訪問。食 事摂取の指導を行い、食事は2割摂取 転院して			療養 大野	

これは消防署通信指令室の閲覧画面のメモ欄にも、DNAR・ACP・看取り希望などの情報として表示されるようになっている。

消防署通信指令室 閲覧画面

10 (10009777) 平成 22年1月1日 (6歳)

臼杵 太郎 (ウシ 知ウ) 大分県臼杵市戸室

0972-62-5615

救急用アラート項目

低血糖

出血傾向

認知症

アレルギー

メモ 編集

DNAR

ACP

看取り希望

既往歴・病名

1	糖尿病
2	右大腿骨頸部骨折
3	慢性硬膜下血腫

コスモス病院 外来来院歴

1	2015-09-17	-	木村 成志	内
2	2014-12-19	-	舩友 一洋	内
3	2014-10-10	-	舩友 一洋	内
4	2011-06-28	-	瀧木 真一	内
5	2011-06-24	-	竹中 隆一	内
6	2011-06-17	-	竹中 隆一	内
7	2011-06-09	-	舩友 一洋	内
8	2011-05-24	-	瀧木 真一	内

コスモス病院 入院履歴

1	2008-09-10	2008-09-10	舩友 一洋	内科
---	------------	------------	-------	----

自立度

介護度 (2016-06-30) 要介護 5

自立度 (2016-06-30)

障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度
C 1	I

ADL (2016-06-30)

食事	一部介助	排泄	オムツ
移動		意思伝達	可
	車椅子		

かかりつけ医

1	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
2	三好泌尿器	三好 信行
3	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
4	元村整形外科	元村 順次
5	コスモス病院	小川 聡
6	藤野循環器	藤野 孝雄

ログオフ

トップ画面へ

患者選択

連絡先

介護事業所

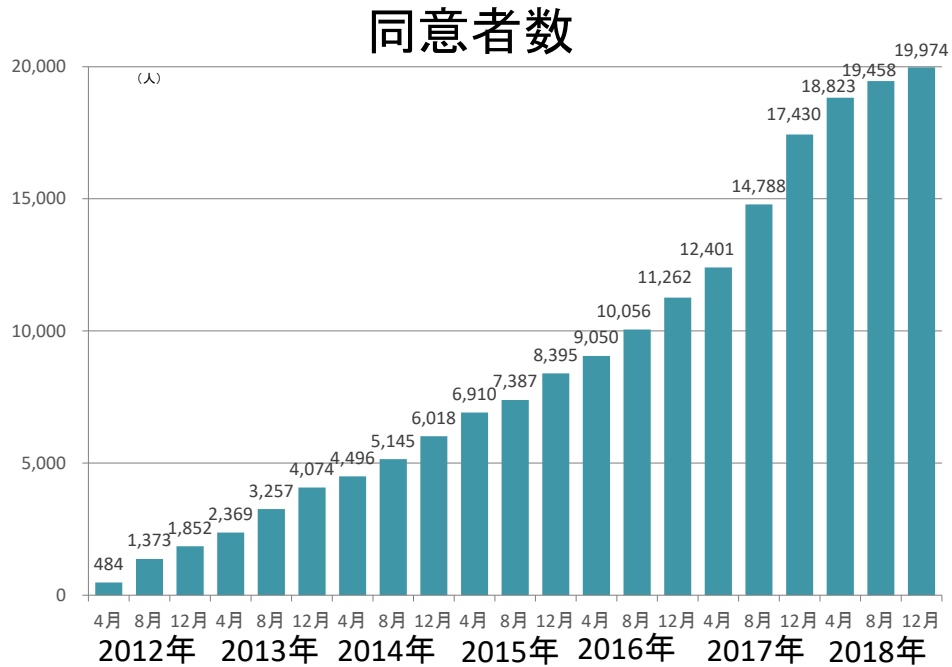
薬剤

アレルギー

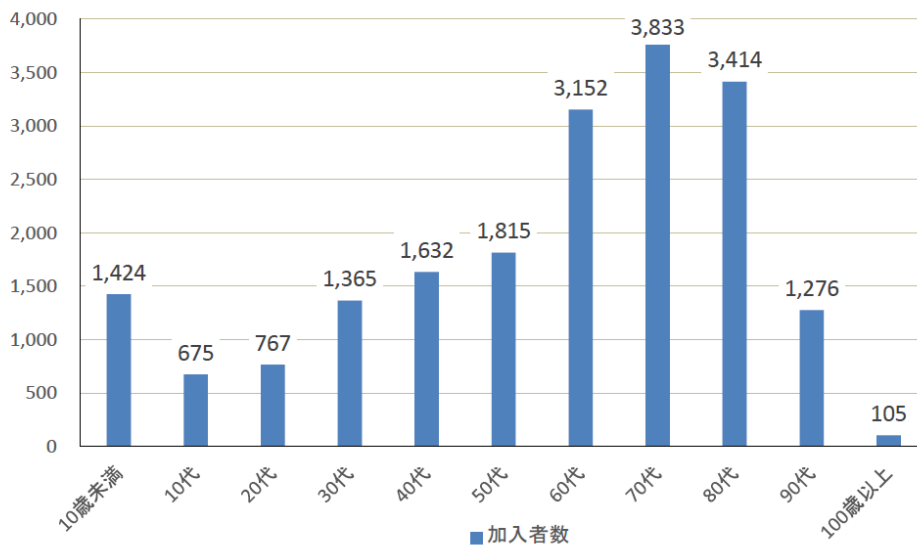
認知症

(4) 取組の成果

① 同意・参加住民数推移

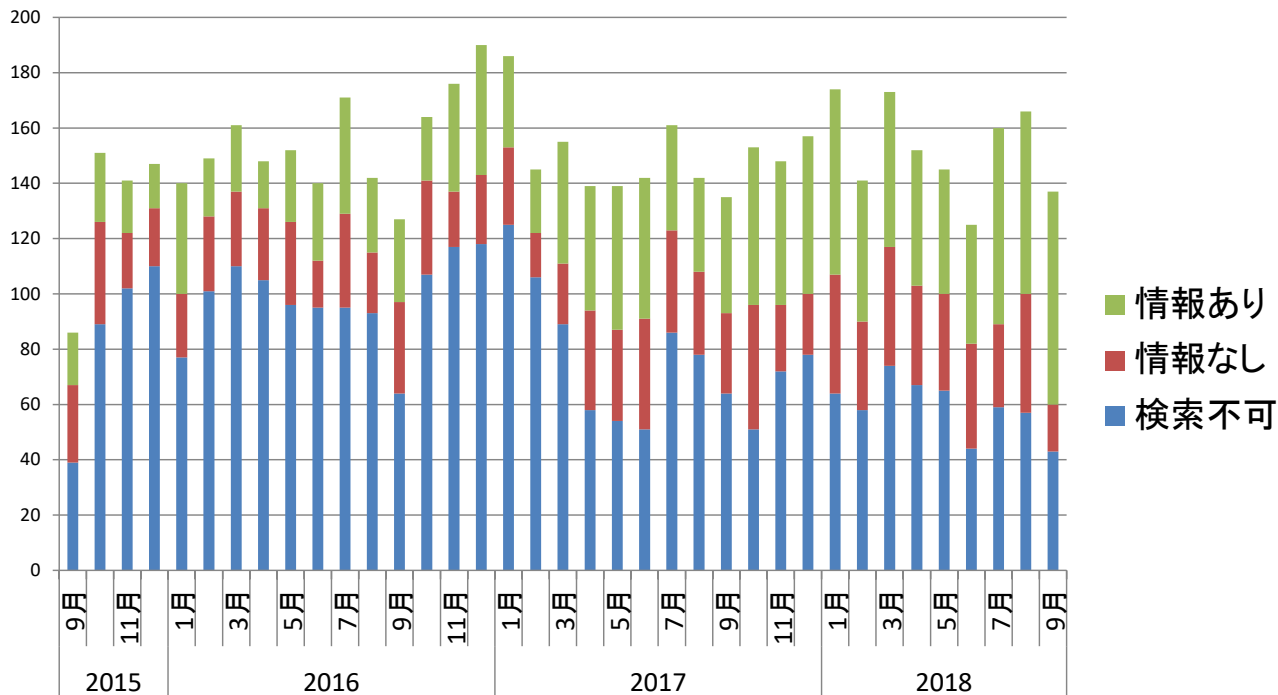


住民の同意者数は現在 2 万人近くと、臼杵市人口 3 万 8 千人の半数を超えている。年齢で見ると 60 代以上の高齢層の同意・登録が非常に多くなっている。



②情報利活用状況と成果

消防の通信指令室での情報利活用推移を見ると、搬送件数の増減はあるが、「情報あり」の割合が非常に増加していることがわかる。当初は患者の名前が聞き取れないなどもあり検索不可が多かったが、司令室側の対応も慣れ、「うすき石仏ねっと」の登録者が増えるに従って、検索不可は半数以下に減少し、「情報あり」の割合も高くなっている。



その結果、地域中核病院へ搬送された全 162 例の内、非 ACS 患者が 56 例と、不必要な搬送を回避する事ができた。



今後について

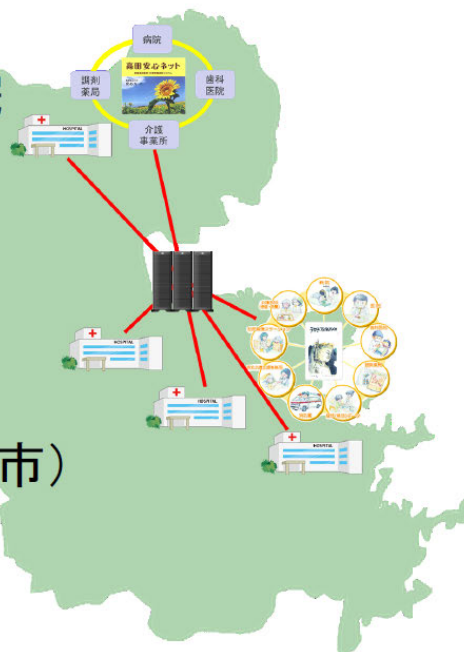
(1) 今後の課題・取組

今後も更なる医療介護機関の連携を進めると同時に、学童や歯科診療情報など、その範囲を垂直・水平の両方向に拡大することで、「ヒューマンネットワークとICTネットワークを活かしたまちづくり」を行い、子供から子お年寄りまで、全ての住民の生活をサポートし「住み心地一番のまち 白杵市」を支えていく。

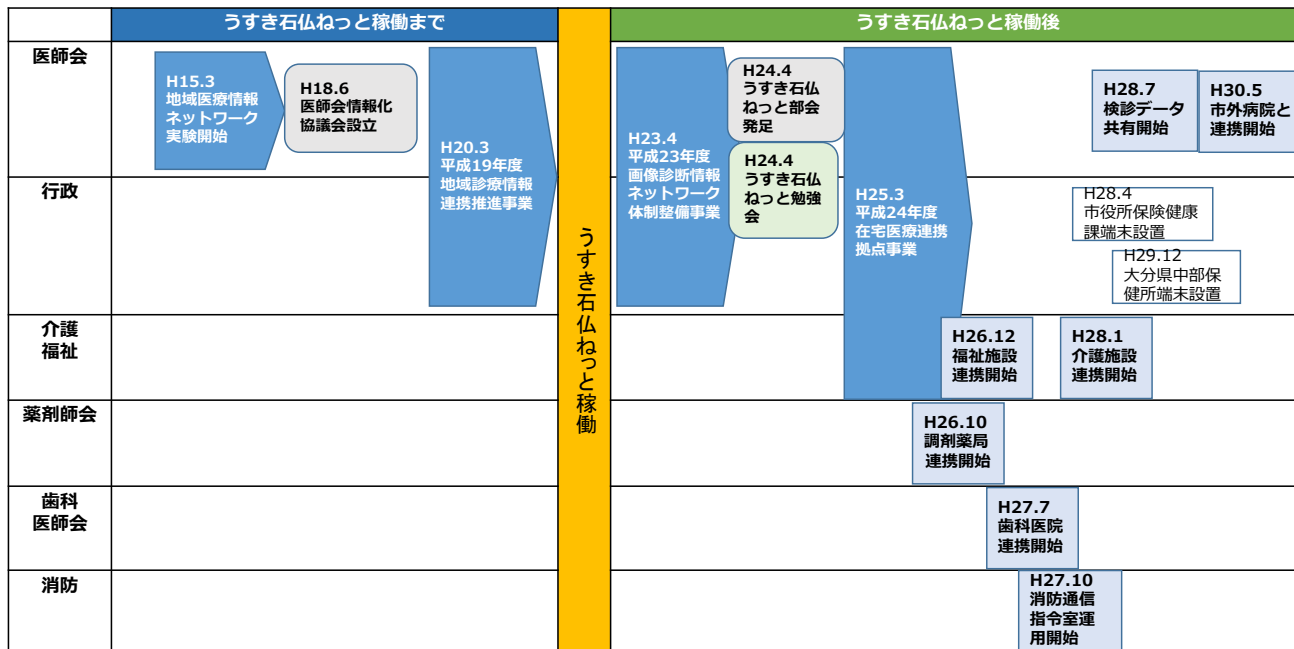
- 大分市の医療・介護機関との連携
- 大分県内の医療情報の共有
- 学童検診データの取り込み
- 標準化歯科診療情報の取り込み
- 検査・処方等の情報を自分で閲覧できる仕組み
- 肝炎撲滅への協力
- 災害時実際に運用可能な体制づくり

市外の医療機関との連携

- 大分大学医学部附属病院
- 天心堂へつぎ病院
- 津久見中央病院
- 宇佐高田医師会病院
- 高田安心ネット(豊後高田市)



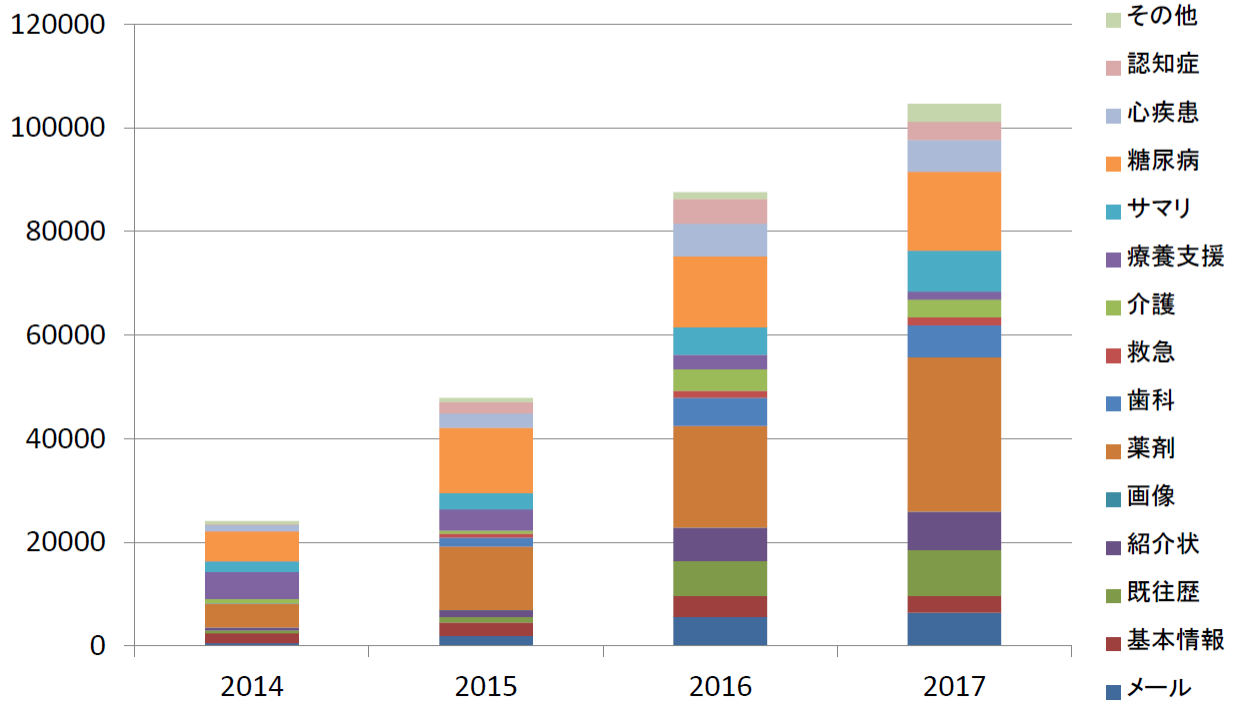
工程表



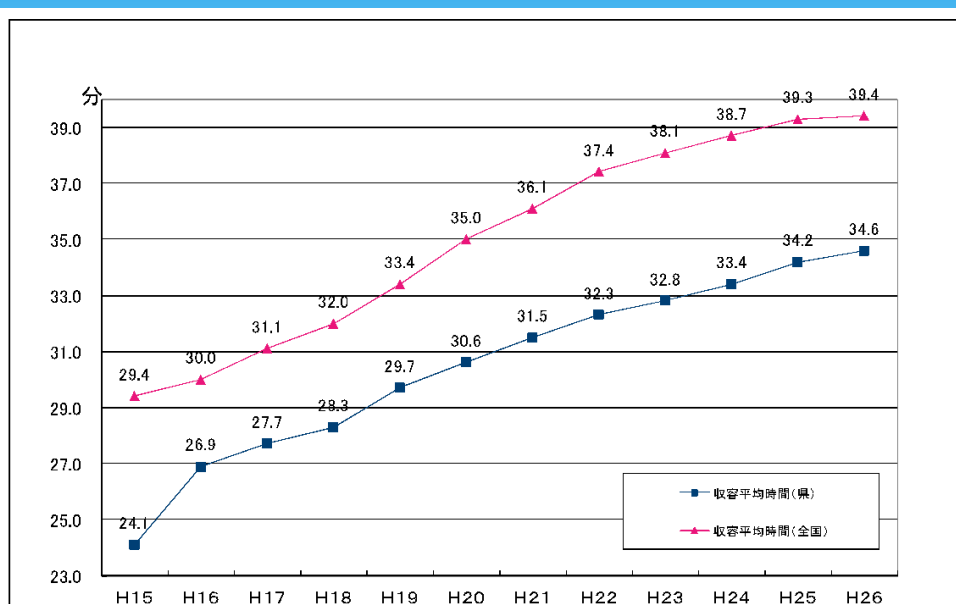
平成 15 年 3 月	医師会地域医療情報ネットワーク実験開始
平成 18 年 6 月	「医師会情報化協議会」設立
平成 20 年 2 月	コスモス病院 電子カルテシステム導入
平成 20 年 3 月	「平成 19 年地域診療情報連携推進事業」参加 ⇒「うすき石仏ねつと」稼働
平成 23 年 4 月	「平成 23 年画像診断情報ネットワーク体制整備事業」参加
平成 24 年 4 月	「うすき石仏ねつと」部会（医師会プロジェクトチーム）発足 「うすき石仏ねつと」勉強会（医師会、臼杵市共同）
平成 25 年 3 月	「平成 24 年在宅医療連携拠点事業」参加（訪問看護連携開始）
平成 25 年 4 月	「うすき石仏ねつと」リニューアル
平成 26 年 10 月	調剤薬局連携開始
平成 26 年 12 月	福祉施設連携開始（一部の介護事業所連携開始）
平成 27 年 4 月	「うすき石仏ねつと運営協議会」発足
平成 27 年 7 月	歯科医院連携開始
平成 27 年 10 月	消防署通信指令室にて運用開始
平成 27 年 12 月	介護事業所連携開始

参考

機能別参照件数(検索・検査を除く)

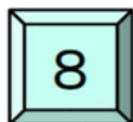
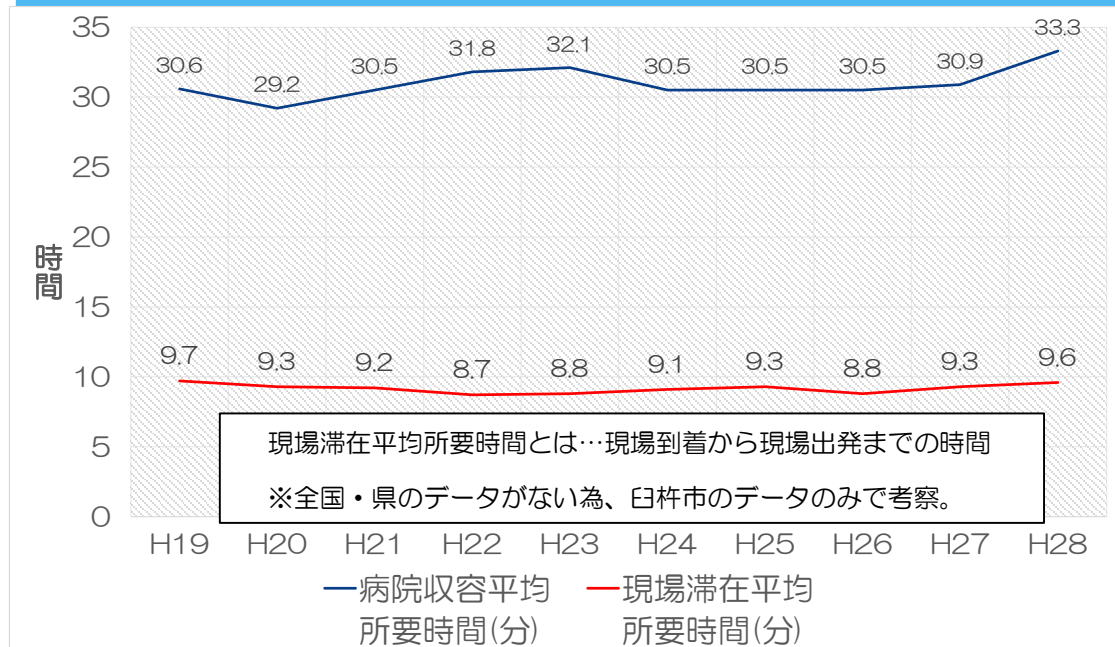


病院収容平均所要時間の推移



平成27年版 大分県における救急の現況から抜粋

臼杵市の平均所要時間



8 家族等の反応

大分県救急活動プロトコール
Ver. 8 (平成30年版)

- 蘇生術の適応である(「明らかに死亡している」の判断基準を満たさない)にもかかわらず、家族が蘇生術の施行を望まない場合は、プロトコールどおりのCPR(AEDを含む。)を実施する。
- 蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて(悪性腫瘍の末期など)、家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコールどおりのCPRを開始する。
並行して主治医(かかりつけ医)との連絡をとるよう努め、主治医(かかりつけ医)から「CPRを行わない」旨の指示が取得されたならば、CPRを中止してもよい。
ただし、CPRの中止にあつては本人の意思表示等が確認できることが望ましい。
- 蘇生術の施行がふさわしくない背景があつて(悪性腫瘍の末期など)、家族が蘇生術の施行を望まない場合も、プロトコールどおりのCPRを開始する。
並行して主治医(かかりつけ医)との連絡をとるよう努め、主治医(かかりつけ医)から「CPRを行わない」旨の指示が取得されたならば、CPRを中止する。

長崎県長崎市：特定非営利活動法人 長崎地域医療連携 ネットワークシステム協議会（あじさいネット）

地域概要

1571年に長崎港が開港し、ポルトガル船が初めて入港。キリスト教の伝来によって拓かれた長崎の町は、鎖国時代に日本で唯一、西欧との交流が許された「貿易の地」として栄えた。ポルトガルやオランダなどの進んだ文化や学問などが、この長崎から日本全国へと伝えられ、日本の情報発信基地という役割を果たした。大正時代には長崎港界隈は大陸への窓口として重要な役割を果たす。昭和に入ると造船所の町として軍艦建造数が増加。戦争関連の産業が主体となり、昭和20年長崎に原爆が投下される。戦後は観光の町として発展した。



市の13.1%である市街地に人口の約78%が住み、市街地の人口密度は7,900人/km²と高く、山間部にも建物が密集する坂の町としても知られる。

人口・面積

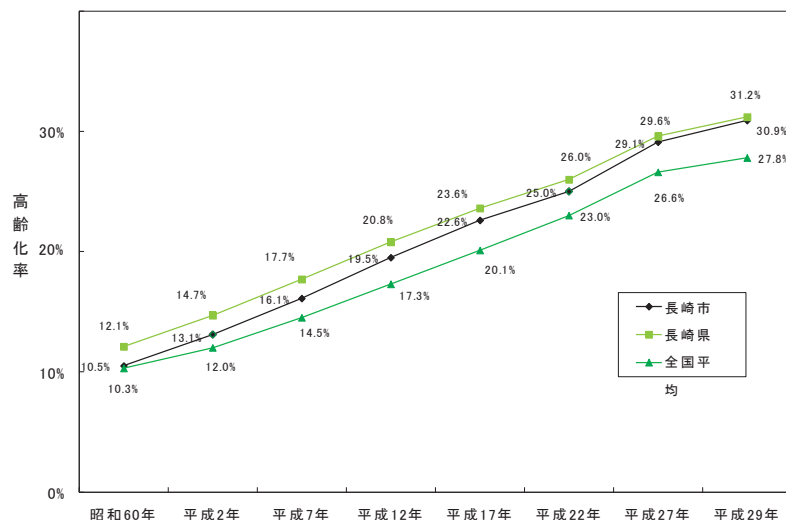
- 人口： 415,839人（推計人口、2019年1月1日）
- 面積： 405.86 km²

地域医療・救急救命関連の基礎情報

○高齢化率の動向

長崎市の高齢化率は平成29年に31.2%で、同時期の長崎県平均30.9%とほぼ同じであるが、人口減少傾向が大きく、それに伴って高齢化率も高くなっており、昭和60年には全国平均と同程度だったが、現在は全国平均の27.8%を上回った。

長崎市における要支援・要介護の認定を受けた人の数は、平成29年9月末時点で30,315人となっており、総人口の7.2%を占めている。要介護3以上の重度者数は増加傾向にある。



○地域医療資源（施設数）

- 医師数 1,838（人口 10 万人あたり 427.93、全国平均 237.28）
- 一般診療所 471（人口 10 万人あたり 109.66、全国平均 68.14）、うち在宅療養支援診療所 130（人口 10 万人あたり 30.27、全国平均 11.01）、一般診療所病床数 873（人口 10 万人あたり 203.26、全国平均 73.57）
- 病院 46（人口 10 万人あたり 10.71、全国平均 6.52）、うち在宅療養支援病院 8（人口 10 万人あたり 1.86、全国平均 1.07）、病院病床数 9,693（人口 10 万人あたり 2,256.77、全国平均 1,201.30）
- 歯科 275（人口 10 万人あたり 64.03、全国平均 53.69）、うち訪問歯科 93（人口 10 万人あたり 21.65、全国平均 8.75）
- 薬局 275（人口 10 万人あたり 64.03、全国平均 45.57）、うち訪問薬局 80（人口 10 万人あたり 18.63、全国平均 12.69）

（出典：日本医師会「JMAP 地域医療情報システム」（平成 31 年 3 月時点）より抜粋）

○救急救命資源と現状（長崎市消防局の管轄区域：長崎市及び受託町である長与町・時津町を含む 455.53 km²・人口 495,856 人）

- 消防局 1・消防署数 3：中央消防署・南消防署及び受託町の北消防署（他に出張所 19）、職員定数 512 人、救急車 18 台（予備車 3 台含む）
- 平成 29 年救急出動件数 25,741 件（10 年前の 1.33 倍）、搬送人員 23,210 人（同 1.30 倍）
- 上記のうちの急病件数 15,829 件、急病搬送人員 14,071 人
- 平成 29 年搬送人員 23,210 人の傷病程度別の内訳：死亡 313 人（1.3%）、重症 2,248 人（9.7%）、中等症 12,685 人（54.7%）、軽症 7,964 人（34.3%）、その他 0 人（0.0%）
- 平成 29 年搬送人員 23,210 人の年齢別の内訳：新生児 91 人（0.4%）、乳幼児 662 人（2.9%）、少年 562（2.4%）、成人 6,805 人（29.3%）、高齢者 15,090 人（65.0%）

（出典「長崎市消防年報平成 30 年（2018 年）版」より抜粋）

事例の概要

あじさいネットとは、地域に発生する診療情報を患者の同意のもと複数の医療機関で共有することによって各施設における検査、診断、治療内容、説明内容を正確に理解し、診療に反映させることで安全で高品質な医療を提供し地域医療の質の向上を目指すものである。

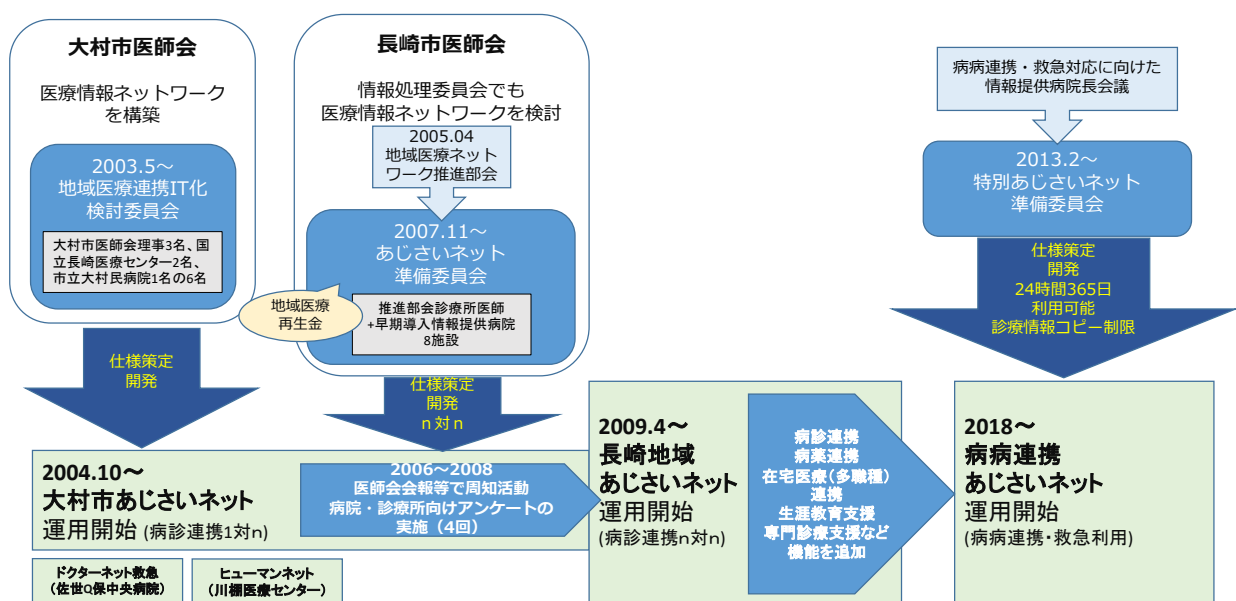
同意を得た患者が様々な病院で受信したカルテ内容や受けた検査の結果を、およそ15分以内にすべて診療所のコンピュータで参照、表示することができるシステムとなっている。現在利用できる医療機関は約380まで拡大し、登録者数は98,594人となっている。

その後、利用範囲も拡大していき、病薬連携、在宅医療（多職種連携）が本格化、2013年2月に、情報提供病院が多い長崎地域での病病連携に向けた情報提供病院長会議として、「特別あじさいネット準備委員会」を開催した。そこで、他院の診療情報のコピー制限機能が装備されるまでは病病連携は開始しないということになった。2016年1月に、診療情報のコピー制限機能が完成し、その1年後の2017年1月からテスト運用を開始することができ、2018年より病病連携への本格的な取組がスタートした。

病病連携と同時に、救急医療におけるあじさいネットの利用もテストを経て運用がはじまっている。従来、あじさいネットはすでに登録されている患者は利用できるものの、新規登録患者については時間外と土日祝祭日には使えなかったことから、外部委託して、24時間265日体制を構築した。

これまで患者がいるときに過去の病歴等を見るという使い方だったあじさいネットだが、救急の場合、病院に送る段階で、相手の病院に患者についての情報を見せ、搬送前の段階で、電話だけでなくあじさいネットを併用しながら搬送先を決めるというスタイルになった。

さらに、長崎は離島が数多くあり、救急に関しては離島・僻地支援も必要となる。離島・僻地の病院で行った検査結果や画像データを、あじさいネットを使って、画像伝送や救急画像遠隔読影を情報共有することで、患者をドクターヘリで搬送する間に搬入先で医療情報を入手利用とした。



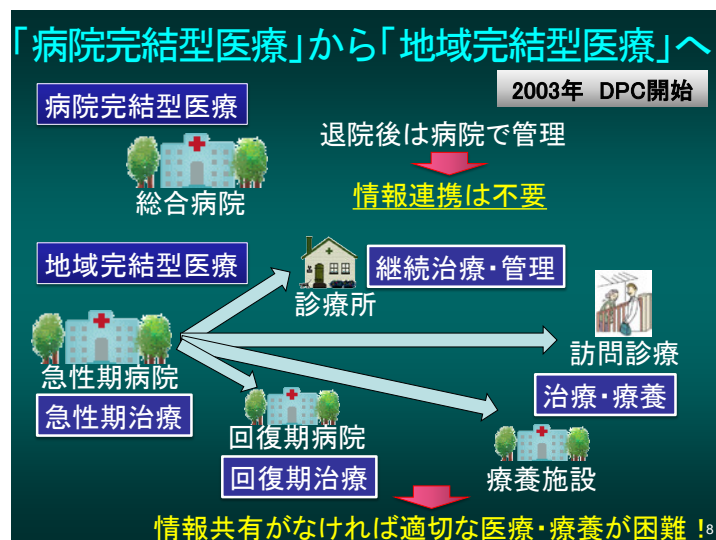
取組の紹介

(1) 取組の背景

①大村市でのあじさいネット運用開始

あじさいネットの起ち上げは長崎県大村市（人口 8 万）における医療情報ネットワークの構築がスタートである。

日本ではフリーアクセスでどの病院でも受診できるメリットはあるが、診断情報が様々な病院に分散保存されており、初診時に他院に受診歴があってもゼロからのスタートとなる。また、町の診療所をかかりつけ医にしても、専門の科がある為、専門外の診療がしばしば必要となる。この為、他病院への紹介や逆紹介が活発化しないと医療の質が維持できず、地域の医療連携を活発化する必要がある。ICT を使うことで、分散保存された診療情報の有効利用と紹介逆紹介の活発化が実現できるのではないかと考えていた。そこで、大村市医師会理事が 3 名、国立長崎医療センターから 2 名、市立大村民病院から 1 名の 6 名で 2003 年 5 月に地域医療連携 IT 化検討委員会という話し合いの機会、勉強会を医師会のなかに作った。それから約 1 年半後の 2004 年 10 月に運用を開始したが、その 1 年近く前の 2003 年 12 月に大村医師会所属 67 施設にアンケートを行い（回収率 91%）、医療情報連携ネットワークを構築した場合の項目別の利用意向について尋ねたところ、検査や画像、治療の項目について 7~8 割が利用したいという反応を得た。このように最初から大村市医師会の医師とプレストを行いながらコンセンサスを作っていく、アンケートで裏付けしつつ、ネットワークをゼロから作って病診連携システムとして運用し始めた。



一方、病院から診療所等への逆紹介を政府が強く推進したことにより、総合病院で退院後も同じ病院で管理する「病院完結型医療」から、急性期治療後は回復期病院や診療所や療養施設・在宅などで管理する「地域完結型医療」に転換する事になり、医療情報連携がなければ適切な医療・療養が困難な状態になりつつあったのもこのようなネットワークが必要な背景であった。

大村市では 1 年の準備期間で運用を開始したが、その後 1 年間はスタートメンバー 6 名が 2 週間に 1 回位のペースで議論を行ってきた。現在でも 1 か月に 1 回は集まっている。今は組織が大きく

なった為、大村での運営委員会が年 12 回と、長崎市と県央と佐世保の 3 地域それぞれ 2～3 か月に 1 回位の割合で会議を行っている。

②組織の体制

長崎市の医師会の中に以前から地域医療ネットワーク推進部会ができており、IT を使った連携について話題になっていた折、大村市で 2004 年 10 月に開始したあじさいネット、その後、佐世保中央病院を中心としたドクターネット 99、それに、東彼杵郡川棚町にある川棚医療センターのヒューマンネットという 3 つのネットワークシステムが運用を開始した。

当時、長崎市には同様なサービスがなかったが、検討する準備委員会はこの段階でできていた。(あじさいネット準備委員会のちの長崎地域部会を兼ねた組織)ここで様々な意見を集約・反映し、実際に稼働させるのに約 4 年かかっている。長崎市で正式運用を開始したのは 2009 年 7 月で、大村の運営開始から約 5 年後である。



③長崎地域のあじさいネット運用開始

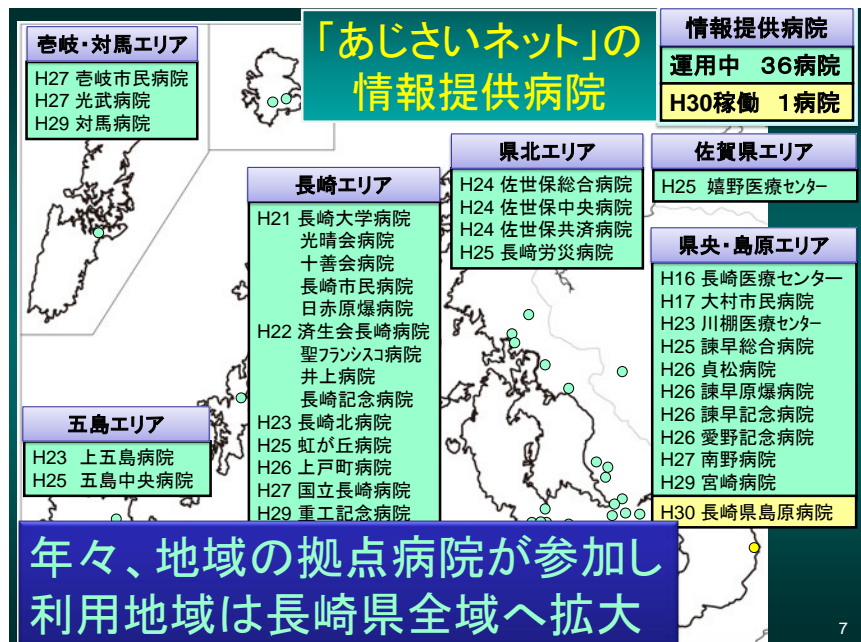
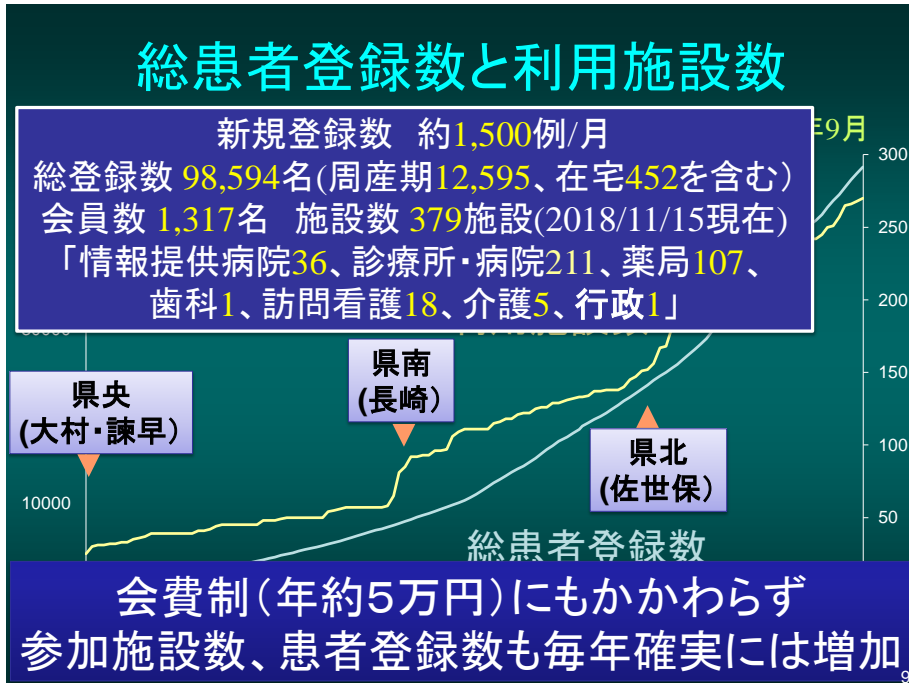
あじさいネットを大村市から長崎地域へ展開する際の経過は以下の通りである。利用者側・情報提供側それぞれにアンケートを行い、ブラッシュアップしていった。

- 2005 年 (平成 17 年) 10 月～広報活動開始 : 「あじさいネット講演」医師会報への投稿等
- 2006 年 (平成 18 年) 10 月第 1 回市内病院向けアンケート(情報提供希望施設 24 施設)
- 2007 年 (平成 19 年) 2 月第 1 回診療所向けアンケート(あじさいネット参加希望 200 施設)
- 2007 年 (平成 19 年) 8 月第 2 回市内病院向けアンケート(情報提供希望施設 20 施設)
- 2007 年 (平成 19 年) 11 月「あじさいネット準備委員会」発足 (推進部会診療所医師+早期導入情報提供病院 8 施設)
- 2008 年 (平成 20 年) 8 月第 2 回診療所医師向けアンケート(入会希望 129 施設)
- 2009 年 (平成 21 年) 4 月長崎地域「あじさいネット」正式運用開始

④参加機関・利用者数の増加

長崎地域での運用開始後、参加機関も登録利用者数も長崎全域に拡大していった。

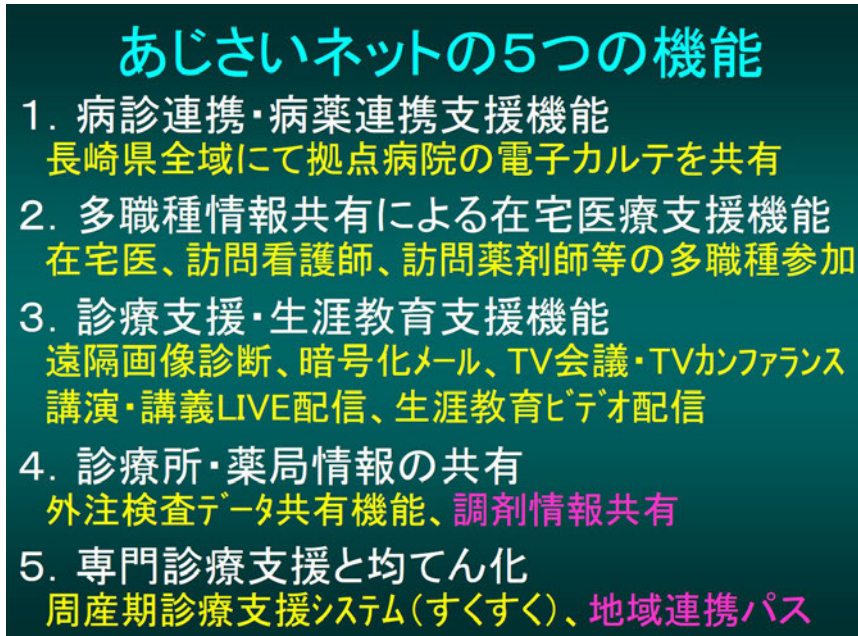
2019年2月現在の情報提供病院は以下の通りである。



(2) 病病連携と救急対応

①運用開始後の機能の追加・改善

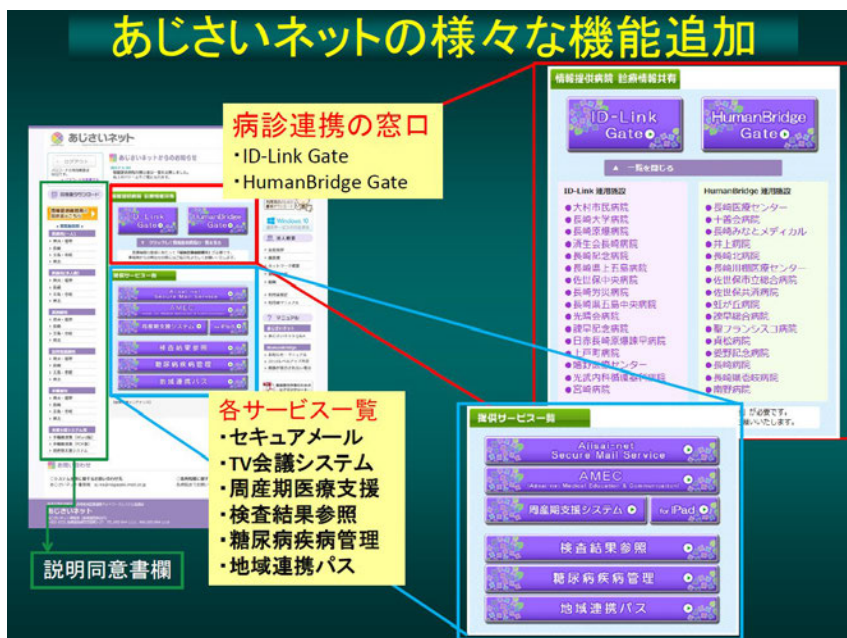
機能の追加・改善・向上を行ってきた。現在のあじさいネットの基本機能は以下の通りである。



あじさいネットの5つの機能

1. 病診連携・病薬連携支援機能
長崎県全域にて拠点病院の電子カルテを共有
2. 多職種情報共有による在宅医療支援機能
在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師等の多職種参加
3. 診療支援・生涯教育支援機能
遠隔画像診断、暗号化メール、TV会議・TVカンファランス
講演・講義LIVE配信、生涯教育ビデオ配信
4. 診療所・薬局情報の共有
外注検査データ共有機能、調剤情報共有
5. 専門診療支援と均てん化
周産期診療支援システム(すくすく)、地域連携パス

医師記録が開示されることで病名や処方薬の変更理由がわかり、服薬指導の質向上につながるといふ薬剤師の理解が広がり薬局の入会が始まった。



あじさいネットの様々な機能追加

- 病診連携の窓口
・ID-Link Gate
・HumanBridge Gate
- 各サービス一覧
・セキュアメール
・TV会議システム
・周産期医療支援
・検査結果参照
・糖尿病疾病管理
・地域連携パス
- 説明同意書欄
- ID-Link 連携病院
・大村市民病院
・長崎大学病院
・長崎家徳病院
・済生会長崎病院
・長崎総合病院
・長崎県立五島病院
・佐世保中央病院
・長崎県立総合医療センター
・長崎県立総合医療センター
・長崎県立総合医療センター
・長崎県立総合医療センター
・長崎県立総合医療センター
- HumanBridge 連携病院
・長崎医療センター
・十善会病院
・長崎みなとメディカル
・井上病院
・長崎中央病院
・長崎川崎医療センター
・佐世保市立総合病院
・佐世保共済病院
・長崎市立病院
・済生会病院
・聖フランシスコ病院
・長崎病院
・長崎市立病院
・長崎市立病院
・長崎市立病院
・長崎市立病院
- 提供サービス一覧
・Allnet Secure Mail Service
・AMEC
・周産期支援システム
・iv Pad
・検査結果参照
・糖尿病疾病管理
・地域連携パス

長崎市へ広域化した時期に薬局入会が相次ぎ、病薬連携が本格化した。このほか、平成 26 年から開始した在宅医療（多職種連携）での利用では、訪問看護ステーションや介護事業所も参加している。

②在宅医療への展開

在宅医療では多職種のメンバーが関わるので、あじさいネットではそれぞれが SNS 形式で情報を記入していくことができる。在宅医療チームを患者ごとにグループ登録することができ、誰かが在宅ケアの記録を記入すると、グループメンバーの携帯に通知メールが送られるようになっており、患者宅を訪問する前に状態を把握することが可能になっている。

あじさいネットのように病診連携のネットワーク、医療ネットワークと在宅のシステムが同じプラットフォームで行っているので、入院診療から在宅へまったく切れ目がない点がもっとも優れている所といえる。

紹介元病院から在宅へと一連の記録

入院中の記録

在宅医療者の記録

入院診療から在宅へと切れ目ない情報連携 16

実際の入力記録

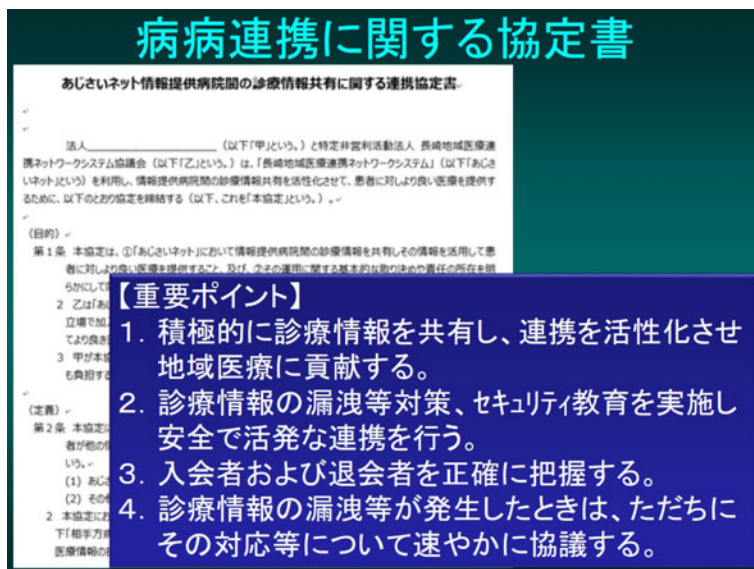
更に、iPad を情報端末として採用することで、写真を使って簡単に記録・共有することができ、あるいは処方箋などを写真で撮っておくことで業務記録も書かなければならないという二度手間を省くことができるようになっている。

③病病連携の開始

あじさいネットの長崎地域部会（あじさいネット準備委員会）では、2013年2月に、病病連携に向けた情報提供病院院長会議として、「特別あじさいネット準備委員会」を開催した。そこでの議論の結果、他院の診療情報に対するコピー制限機能が装備されるまで、病病連携は開始しないということになった。2016年1月に、診療情報のコピー制限機能が完成し、その1年後の2017年1月からのテスト運用を経て、2018年より病病連携への本格的な取組がスタートした。

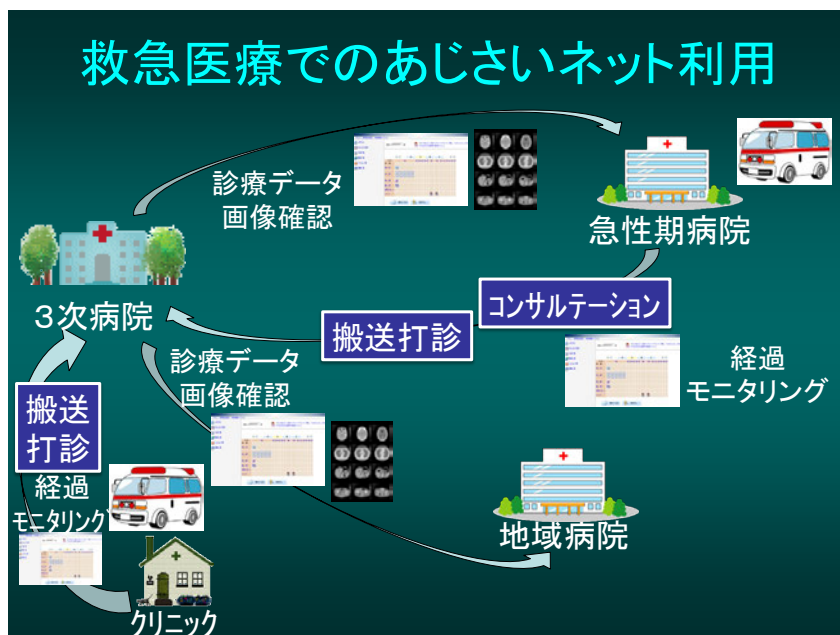
病病連携をしっかりとやる為に、長崎市と五島の17病院の病院長・理事長など代表者を集めて、本格的な病病連携に向けた協定書の調印式を行った。内容的には、あじさいネットを使って積極的

に病院間での情報共有を行うこと、また、逆に情報を共有すればするほど漏洩リスクは増すので、従来よりも手厚い情報セキュリティ対策を個々の病院で行うこと、不運にも事故が起こった際には、患者に影響がないように責任をもって迅速に対応すること、これらを承服いただく為、弁護士を交えて確認し、調印式を6月10日に行った。



④救急連携への展開

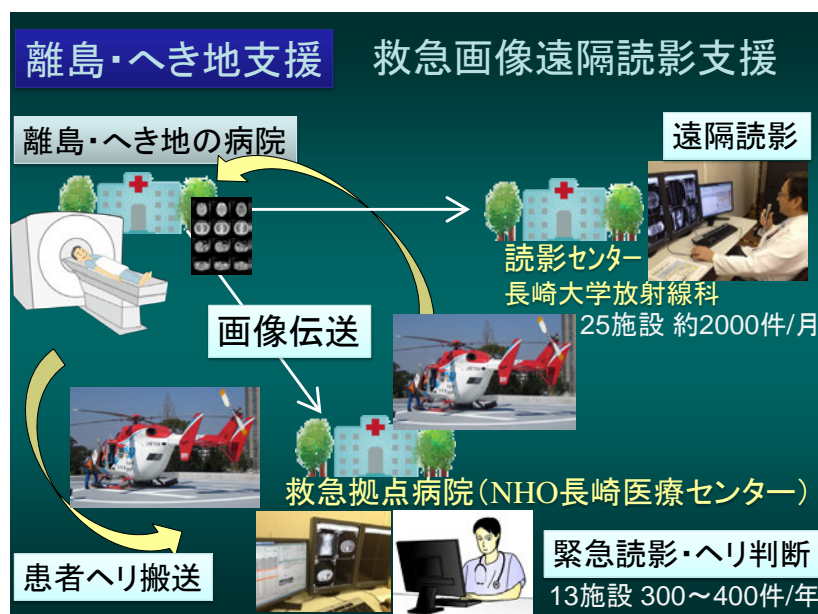
2018年から本格的に病病連携を始めると同時に、救急医療での活用も本格化するにあたって、従来、全国の他の医療情報ネットワーク同様あじさいネットでも、新規患者登録が時間外と土日祝祭日に対応できていなかったことから、全情報提供病院の時間外のアクセス権登録を外部委託し、2018年6月より24時間265日体制を構築した。



更に、大学病院が、救命救急センターと外傷センターを持っており、搬入例の適切性向上に向け搬送前トリアージを始めた。従来、1次病院から3次病院に緊急紹介されるときは電話一本で搬送されるので半分以上が適応外であった。このため、電話時点で搬送先の救急担当医に患者の全情報をあじ

さいネットを使って閲覧させる運用である。これにより、搬送前の段階で、あじさいネットを併用しながら搬送先を決めることで適応外が半減したという成果が出ている。

さらに、長崎は離島が数多くあり、救急に関しては離島・僻地支援も必要となる。平成2年から、離島・僻地の病院で行ったCT等の画像データを救急病院に電送して診断支援を行っているが、6年前からはあじさいネットを使ってより高精細な画像で診断支援しており、手術等の高度処置が必要な場合はドクターヘリや自衛隊ヘリによるヘリ搬送を行っている。また、同時に長崎大学放射線科読影による日常的な遠隔読影も運用している。



あじさいネットを使った救急医療

1次2次病院⇒3次病院

1. 救急画像読影とヘリ搬送のペア運用
2. あじさいネット利用 24時間 365日対応
3. 救急搬送前トリアージ
4. あじさいネット TV 会議を使ったコンサルテーション
5. 遠隔病理迅速診断

自宅⇒診療所・病院

1. 緊急時の他院情報参照（病名、サマリ、処方）
2. 緊急時の調剤情報把握（診療所処方内容）
3. 周産期支援システムによる搬送前全妊婦経過共有
4. 在宅医療⇒多職種連携を使った密な管理による訪問看護師への1st call 時の適切な対応

(4) 取組の成果

① 指標・アウトカム

(ア) 定期的なアンケートによる評価

定期的にアンケートを取っているが、あじさいネットでなければ知り得ない重要な診療情報を得たことがある、という項目が 80%を超えている。

あじさいネットアンケート(2013年)

Q:診療に役立っていますか？

大変役立っている	14/54 (25.9%)
役立っている	25/54 (37.5%)
合計	39/54 (72.2%)

Q:診療の質を向上させると思えますか？

そう思う	38/54 (70.4%)
やや思う	8 /54 (14.8%)
合計	46/54 (85.2%)

2013年2月 あじさいネットアンケート(回答者 54名/94名)

あじさいネットアンケート(2014年)

Q:初診時に役立ったことがある？

「よく」+「たまに」 65/87(74.7%)

Q:入院経過を確認したことがあるか？

「よく」+「たまに」 73/87 (83.9%)

Q:あじさいネットがなければ知り得ない重要な診療情報を得たことがあるか？

「よく」+「たまに」 70/87 (80.5%)

2014年4月 あじさいネットアンケート(回答者 82名/254名)

あじさいネットアンケート(2014年)

Q:服薬指導に有益だったことがあるか？

「よく」+「たまに」 33/36 (91.6%)

Q:副作用の確認したことがあるか？

「よく」+「たまに」 26/36 (72.2%)

2014年4月 あじさいネットアンケート(回答者 82名/254名)

実際に頻繁に使っている医師からは、あじさいネットがないと診療ができないという声がある。あじさいネットの利用には月々4000円、年間5万円ほどかかるが、利用をやめたのは15施設のみに留まっている。

(イ) 病病連携・救急医療運用の実績

2018年11月15日時点での病病連携・救急医療運用の状況は以下の通りである。搬送前トリアージははじめたばかりであるが既に39例の実績がある。

(ウ) 患者の安心感と信頼性の向上

連携をしても、カルテの情報が共有されていなければメリットは少ない。医師・看護師の二号用紙が利用できないと閲覧件数も大きく落ちるので、これらの記録がないと利用効果は出ない。生涯教育の効果も同様で、診療支援の効果も不十分になる。

病病連携・救急医療運用 2018/11/15時点					
種類	開始	運用病院	対象医療機関	疾病	実績数
病病連携	2016年9月	長崎市 離島地域	長崎市 離島地域	全	1254
搬送前 トリアージ	2017年10月	長崎大学	長崎みなと、対馬	交通外傷	15
	2018年2月	福岡和白	壱岐病院、対馬病院、上五島病院、光武病院(壱岐)	脳卒中 冠疾患	24
コンサルテーション	2018年2月	福岡和白	壱岐	呼吸器外科、血液	2
		長崎大学	長崎みなと	整形疾患	1
退院調整	2018年5月	長崎大学	光晴会、長崎リハ	全	2
遠隔専門 カンファランス	2018年7月	長崎大学	長崎医療C	血液疾患	5 (隔週開催)
術前相談	2018年8月	長崎大学	NHO長崎医療C	整形疾患	8
時間外	2018年8月	大学病院	全医療機関	全	12

患者からすると、別の病院の自分のカルテが見られるという状況を知ることによって連携を実感して安心され、信頼性が増すと声がある。退院時には主治医が診断・治療の内容を説明してから退院するが、最近では入院期間が短く主治医と信頼関係をつくるのが難しく、患者側も緊張して説明をよく理解していないこともある。そういう場合は逆紹介された先で、あじさいネットを見ながら説明されて理解するというケースは増えている。

このような実績が積み重なることで、情報をオープンにしていることは危険ではなく、逆に患者にとって透明性により安心を生むことが理解されていくであろう。

過去の試みで失敗した理由として挙げられる点として、導入・維持コストの面も大きいものの、病院も診療所も対等にして双方向の情報共有にこだわった為だったといえる。病院は電子カルテが前提でシステムへの情報入力は自動化されているので入力の負担はないが、診療所の多くはまだまだ紙運用であり、医師の別途入力する負担が大きい。圧倒的な情報量の差と逆紹介推進の現状の中で、負担を減らすために、少なくとも診療所側では閲覧だけであればよいという作りになっている。

また、診療所の医師は知りたいことがあっても、病院が忙しいのでは考え、病院に連絡するのを躊躇していたが、病院の医師を煩わせずに自分で情報を取りに行くことができるのが良い点として診療所の医師に評価されている。

②周知・啓蒙活動

大村市で開始し、長崎市で展開して、全県に拡大してきたが、すべて同じ準備をしている。すなわち、最初に広報活動を行い、次に啓蒙活動を行い、様々な場所で説明会をする、医師会報に載せる、広報誌を配る、講演会を行う等である。また、ニーズが顕在化したかを確認するためにアンケートを行っている。

あじさいネットをどのように使用したらどのような価値があるか、ということを知らしめることが大切で、広報誌を年に4回発行し、長崎県内の医師や薬局に配布している。

当初は診療支援としての機能しか想定していなかったが、診療所の医師にとってカルテ閲覧を通して新しい医学知識を学ぶことができる点を伝えると興味を持たれる場合が多くなってきた。広報誌の企画の中で、上手に使っている「あじさいネット」利用者の体験談を毎回、掲載しているが、医師が、自らの生涯学習として役立つとして「あじさいネット」の利点を挙げられる方も増えている。

③取組へのアドバイス

同様な取組でうまくいっていない事例もあるが、患者情報を紙で連携するか、ICTで連携するか、等はさほど大きな問題ではなく、デバイスに走ってしまっただけで、何をしたいかというコンセプトをしっかりと決めることが大切である。

あじさいネットを検討した当時からICTネットワーク構築に対する国からの補助金はあったが、例えば2001年度の経産省「電子カルテの共有モデル事業」の補助金事業では56億円使ってほとんど失敗している。この一因は、補助金を取るうとして十分に準備していないのに導入して失敗する。物・金が先になり、後で何をしようかと考えると、目的と方法の順番が逆になってしまうケースが多く、このような取組み方では上手く行かないのではないかと思う。

そもそも、こうしたICTネットワーク自体に明らかなニーズがあるのではなく、あるのはきっかけが必要な潜在的ニーズである。使い方を具体的に示して初めて顕在化するのである。もともと潜在的なニーズなので顕在化しないことにはメリットも意味も無い。それゆえ医師会だけでなくすべての医師に対しての広報啓蒙活動が大切になると考えている。

今後について

病病連携・救急医療運用については連携の拡大や評価についてこれからという状況である。

また、2017年以降、医療・介護連携から地域包括ケアへと、あじさいネットのカバー範囲を拡大している。地域包括ケアシステム概念とは「重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられること、そして住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される」ということである。

これにICTネットワークで対応できることは、以下の通りである。

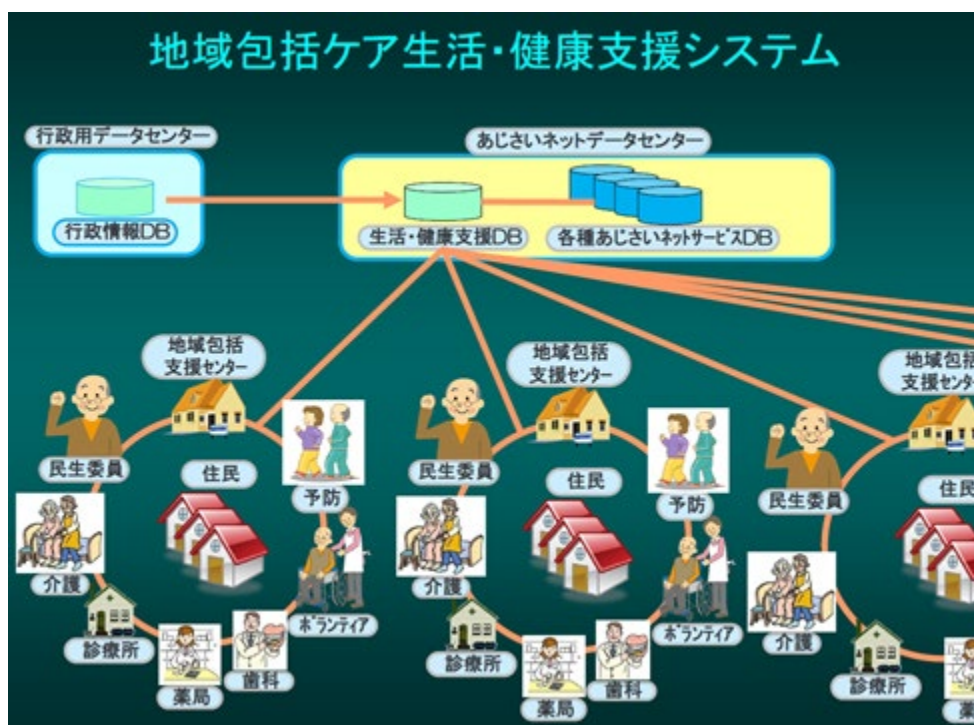
医療・介護

「病診連携」「病病連携」「在宅連携」「救急連携」

生活支援・介護予防

「検診情報」「生活・健康支援システム」

あじさいネットではすでに医療情報についてはほとんどカバーしており、今後は行政情報と生活・健康支援データベースとあじさいネットとの連携ということになるだろう。



工程表

	大村あじさいネット	長崎あじさいネット	あじさいネット機能拡大	在宅・救急対応あじさいネット
内容	2003.5～ 地域医療連携IT化 検討委員会 大村市内医療情報ネットワーク構築	2007.11～ あじさいネット 準備委員会 長崎市内医療情報ネットワーク構築	2009.4～ あじさいネット 共有情報の拡大 遠隔読影・遠隔病理・TV会議・動画 配信など多機能化	2013.2～ 特別あじさいネット 準備委員会 診療情報コピー制限 365日24時間利用可能 離島・僻地支援
行政	大村市	長崎市	他地域への拡大	長崎県全域への拡大 病病連携に向けて協定書調印式（長崎市 と五島の17病院の病院長・理事長等）
病院	大村市医師会と長崎医療センター中心 に仕様策定・開発	長崎市医師会中心に仕様策定・開発	外部検査データ共有	病病連携の検討（情報提供病院長会議） 診療情報コピー制限仕様検討
薬剤師			病薬連携	
介護施設			在宅医療（多職種連携）利用	
消防 在宅				iPad活用 搬送前トリアージ等

2003月	5月地域医療連携IT化検討委員会発足 大村市であじさいネットの開発着手
2004月	10月 大村市であじさいネット運用開始
2005年	04月 長崎市で「地域医療ネットワーク推進部会」発足 10月 広報活動開始 「あじさいネット講演」医師会報への投稿等
2006年	
2007年	11月「あじさいネット準備委員会」発足 （推進部会診療所医師 +早期導入情報提供病院8施設）
2008年	
2009年	04月 長崎地域「あじさいネット」正式運用開始
2013年	02月 「特別あじさいネット準備委員会」開催 （病病連携に向けた情報提供病院の病院長会議）
2016年	01月あじさいネット診療情報コピー制限機能完成
2017年	01月あじさいネット病病連携テスト運用開始（238例）

2006～2008
病院・診療所向け
アンケート実施（4回）

利用画面イメージ①

あじさいネット利用画面イメージ

The screenshot shows the Ajisai-net homepage. A blue arrow points to the 'ログイン' (Login) button. The page includes a navigation menu on the left, a central content area with 'ログアウト' (Logout) and 'ID-Link Gate' buttons, and a right sidebar with '検査結果共有サービス' (Test Result Sharing Service) and 'Windows 10' information.

あじさいネット利用画面イメージ

The screenshot shows the 'mykarte Referral Center' interface. It displays a calendar for the year 2016, with a patient's name '山田 花子(ヤマダ ハナコ)' and ID '99990005'. The calendar shows appointment slots with icons. A pink box highlights the date '12-16' on the calendar.

利用画面イメージ②

あじさいネット利用画面イメージ

The screenshot displays the 'あじさいネット' (Ajisai Net) interface within a Microsoft Internet Explorer browser. The patient information at the top includes ID 000-000-04, name 富士通 太郎 (Fujitsu Taro), and birth date 1931年06月06日 (June 6, 1931). The medical history section shows a calendar view for 2008, with a detailed view for the date 2008/10/05. The detailed view includes medical orders such as '院内処方' (Inpatient Prescription) for 'タミフルカプセル 75mg' (Tamiflu Capsules 75mg) and '総合検査' (Comprehensive Examination). The interface also shows a list of medical events on the left and a search bar on the right.

同一画面ですべての病院の診療情報利用

あらゆる病院の診療データ

The screenshot shows the same 'あじさいネット' (Ajisai Net) interface as above, but with a prominent blue banner at the bottom. The banner contains the following text:
 どこの診療所・病院に行っても自分の診療情報はすべて一覧表示！
 「どこでもMY病院」の実現！
 This text highlights the system's capability to provide a unified view of medical information across different hospitals and clinics.

検査結果表示イメージ

検体検査結果

The screenshot shows a web browser window with three tables of laboratory test results. Each table is for a different date: 2010-03-10, 2010-03-12, and 2010-03-18. The tests are categorized as '血液検査' (Blood Test) and '検査項目' (Test Items). The results are presented in a grid format with columns for '検査項目名' (Test Item Name), '結果値' (Result Value), and '標準値' (Reference Value). The reference values are indicated by 'L' (Low) or 'H' (High) next to the values.


検査項目名	結果値	標準値
WBC	4.6	-- 0
RBC	4.54	-- 0
Hb	14.6	-- 0
Hct	45.1	-- 0
MCV	99.3	-- 0
MCH	32.2	-- 0
MCHC	32.4	-- 0
RDW	13.5	-- 0
PLT	20.7	-- 0
PLT	20.7	-- 0
PLT凝集	***	-- 0
MPV	9.8	L 0
PDW	10.9	L 0
Blast	***	-- 0
Pro-Myelo	***	-- 0
Myelo	***	-- 0
Meta	***	-- 0
Stab	微菌分類	-- 0
Seg	65	H 0
Lymph	24	L 0
Mono	8	-- 0
Eosino	3	-- 0
Baso	0	-- 0
At-Ly	***	-- 0

放射線画像・生理検査・内視鏡

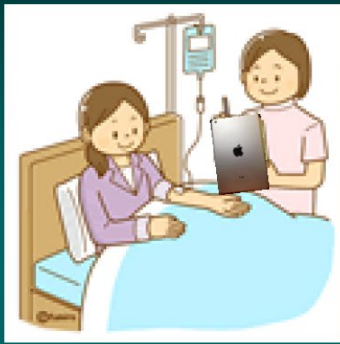
The screenshot displays a medical software interface for viewing MRI scans. It features two main image windows showing sagittal views of a spine. The left window shows a scan from 2004/08/28, and the right window shows a scan from 2004/09/08. The interface includes a patient information panel on the left, a navigation toolbar at the top, and technical details for each scan, such as 'Series Number', 'Image Number', 'Echo Time', and 'Repetition Time'. The bottom of the screen shows a status bar with '診療画像ライブラリ' (Medical Image Library).

在宅医療利用イメージ


在宅医療でのiPad活用




服薬指導




カルテ確認・入力



TV会議相談



服薬指導



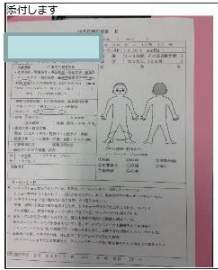
訪問看護記録確認
訪問看護師に指示

実際の入力記録

看護記録

【2014-04-16 14:27】 看護師
記載者：長崎市医師会研修看護専門学校

添付します



【2014-04-16 11:40】 看護師
記載者：長崎市医師会研修看護専門学校

外用ルネスタ (1)は服用し、3時間後、その後のつづき
1日服用することについては、考えておかない様子。ルネスタ
剤のみ、毎日一錠、PCAポンプ4.2ml (10-40)
剤は、朝晩は外出予定で、投与転換はかかると、急時対応

【2014-04-16 10:27】 看護師
記載者：奥平外科病院 奥平 亮

昨日、インテクト補充しました。残り2つあるので60
分間は追加した。毎日投与はかかっていますが、投与は手
伝えました。観察はルネスタ1mgを2錠服用したとのこと


【2014-04-21 08:52】 看護師
記載者：奥平外科病院 奥平 亮

昨日、tubeを詰って引寄せたため、テープを巻いて取り直
せました。カセットと延長チューブを交換したため、残
り1つに延長チューブを取り付けています。毎日服用して、20分
が経過の計測はしています。シモニーの投与量に
かかれば、本日の投与量としてかかっています。本日は投与

薬の保管場所

【2014-06-25 19:30】 医師MR
記載者：ライオン薬局

ポルタレンサボ25mgは毎日使用されておられます。使用しなかったら痛みが来
りました。コンプライアンスのよいエディロールと同時に服用して下さいと説明



【2014-07-01 22:50】 医師MR
記載者：奥平外科病院

明日、三宅脳神経外科で頭部MRIの予定です。介

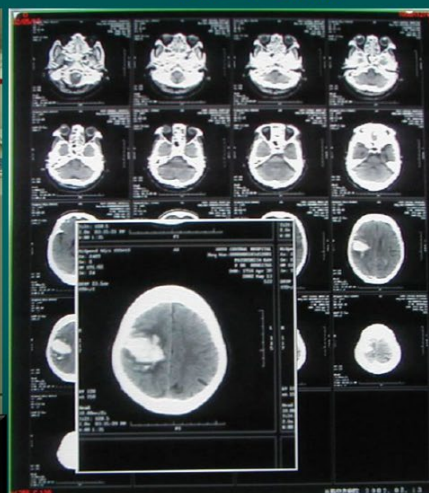
救急画像診断支援サービス (ヘリ搬送とペア運用)

システム



H2年より
現在もサービス続行中

伝送画像



IV. 在宅医療・救急医療連携セミナーの実施

1. セミナーの参加者について

(1) セミナーの参加者数・参加者属性

① 第1部セミナーの参加者について

第1部セミナー 参加者数	参加者属性		
45名	市町村・保健所の事務方	15名	
	在宅医療関係者(医師会等)	15名	
	救急医療関係者	15名	
	その他	0名	

※傍聴者数: 44名

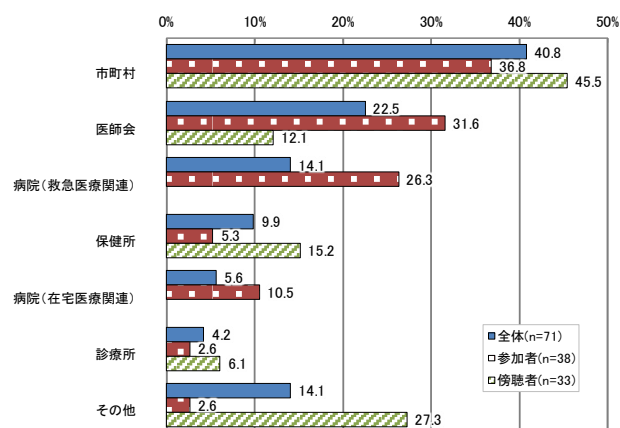
② 第2部セミナーの参加者について

第2部セミナー 参加者数	参加者属性		
45名	市町村・保健所の事務方	15名	
	在宅医療関係者(医師会等)	15名	
	救急医療関係者	15名	
	その他	0名	

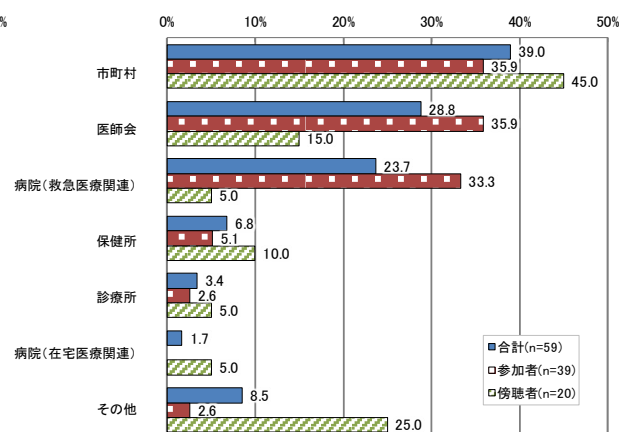
※傍聴者数: 27名

(2) アンケート回答者の属性

図表 第1部セミナー参加者・傍聴者属性 (n=71)



図表 第2部セミナー参加者・傍聴者属性 (n=59)

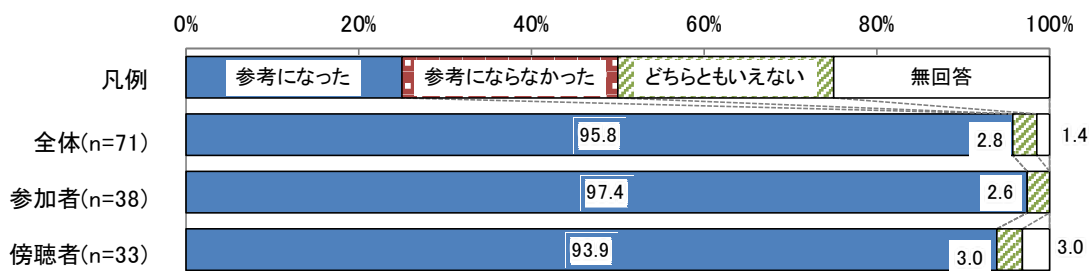


2. セミナーアンケート結果について

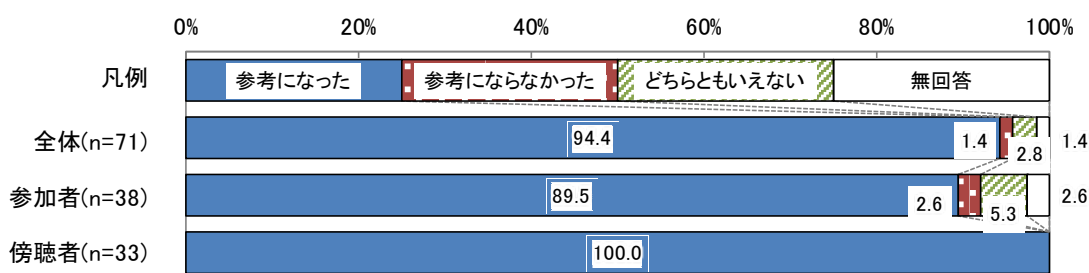
(1) 第1部セミナー アンケート結果

第1部セミナーのアンケート結果については、以下の通りである。

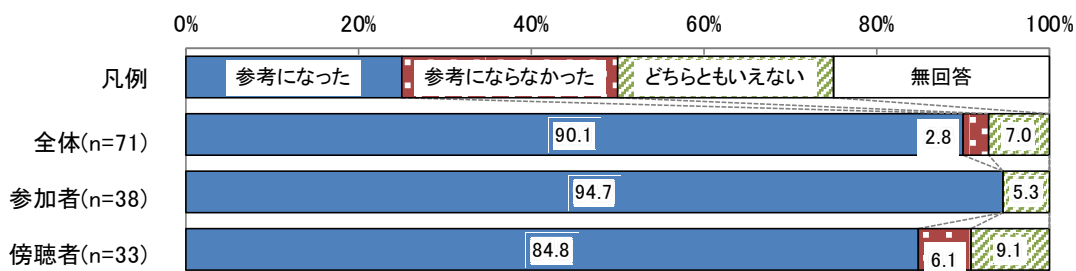
図表 第1部セミナープログラム全体についての感想(1つ選択) (n=71)



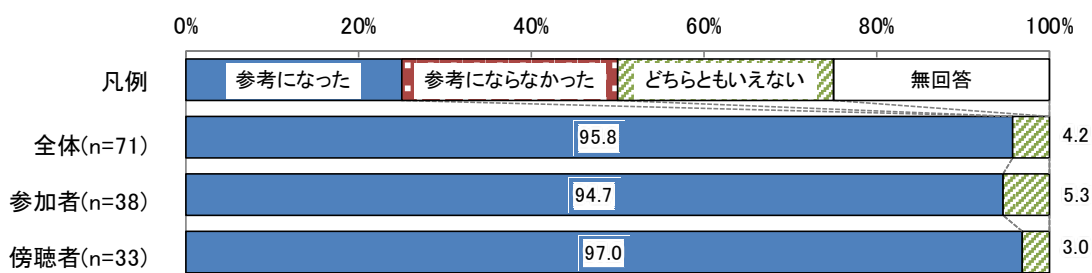
図表 「講義」(慶應義塾大学/あおぞら診療所)についての感想(1つ選択) (n=71)



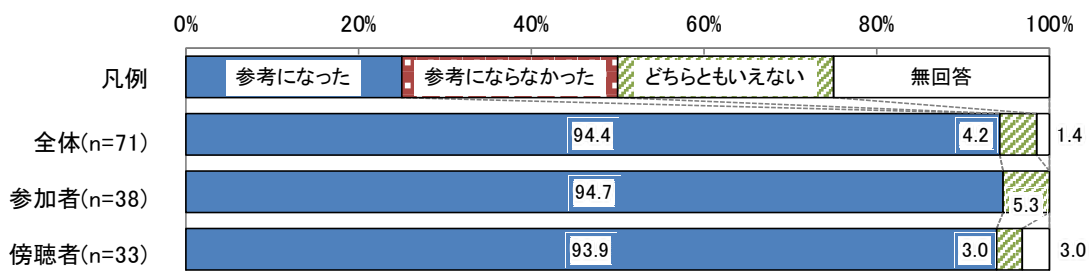
図表 「事例発表①」(あじさいネット/長崎大学)についての感想(1つ選択) (n=71)



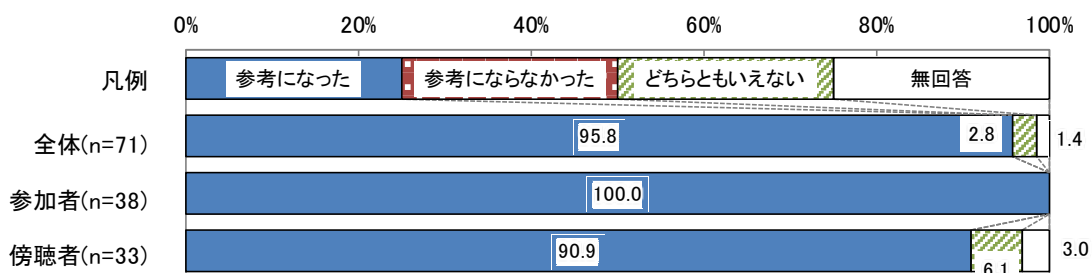
図表 「事例発表②」(長岡市医師会)についての感想(1つ選択)(n=71)



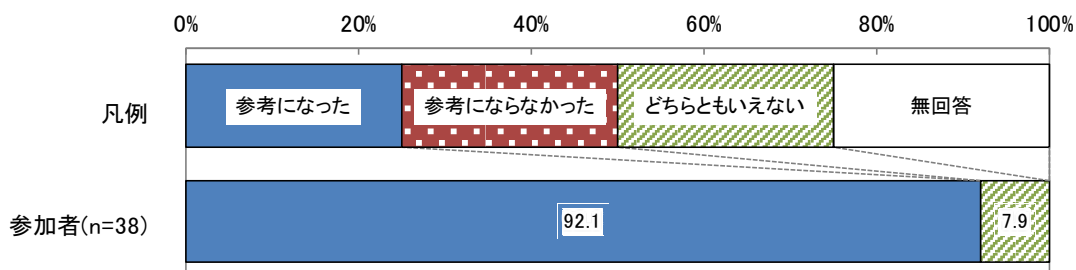
図表 「事例発表③」(柏市)についての感想(1つ選択)(n=71)



図表 「事例発表④」(日野町)についての感想(1つ選択)(n=71)



図表 グループワークについての感想(1つ選択)(n=38)



※グループワークについて、傍聴者是不参加であるため、参加者のみの結果を掲載

【第2回セミナー(平成 31 年 2 月 3 日開催)が開催されるまでに実際に取組を進めるうえでの不安な点や知りたい点】

(抜粋したものを記載)

<不安な点>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・ どのようなメンバーを集めればよいか、どのような会議にすればよいか手探りである ・ 工程を進めるにあたって、計画を協議する場、メンバーの構成、各自治体によって進捗も異なるが、ある程度のフォーマットがあるとありがたい ・ 多職種連携が必要だと思うが、どこが主導権を取って行っていくか ・ ACP に対する考え方が、医師でもかなり温度差がある ・ 課題が多過ぎて何から手をつければよいか分からない
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政の積極性が足りない ・ ACP 等の定義がバラバラ ・ 会議をもった人だけの意識で終わってしまうのではないか ・ 救急との連絡会で話をもっていこうと思いますが、消防本部・行政の反応があるか ・ 介護職が足りないところもあり、施設での救急医療への理解を得て、技能を高めていくことへの不安
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 工程表の作成は必要であり、地域の体制整備に有効な手段であるが、実現可能性について不安 ・ 現在進めている点については記載ができるが、その議論の行方によっては、将来の計画が変更になってしまう可能性がある ・ 地域で進めていかなければならないので、知識・意識を統一する難しさがある ・ 会議を何回も開くのは難しい

<知りたい点>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協議の体制、共通の連携ルール、様式を策定されている場合、具体的な成果物。その中でのケアマネージャー、訪看ステーションの関り ・ MC 協議会も含めた方が良いと思うが、その進め方、やり方が分からない。また、救急隊は(特に DNAR 患者において)プロトコルがあれば活動しやすくなるがその反映させる方法 ・ 情報収集していくにあたり、その手法等(先進事例からみる集めるべき情報)
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急隊の今後の対応(延命治療拒否時)方針 ・ ICT の利用が救急の現場で可能なのか。時間との制約の中で ICT を使うだけで時間がかかってしまう ・ ICT を導入するその費用がどの程度かかるのか、中心になるのは行政と考えてよいのか ・ 住民への普及啓発の先進事例が知りたい ・ 中小都市、医師不足地域での取組をもっと知りたい
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民に対する啓発を国はどのように行うか ・ 次世代医療基盤法について(ICT)

【セミナーの内容についてご意見・ご要望等】

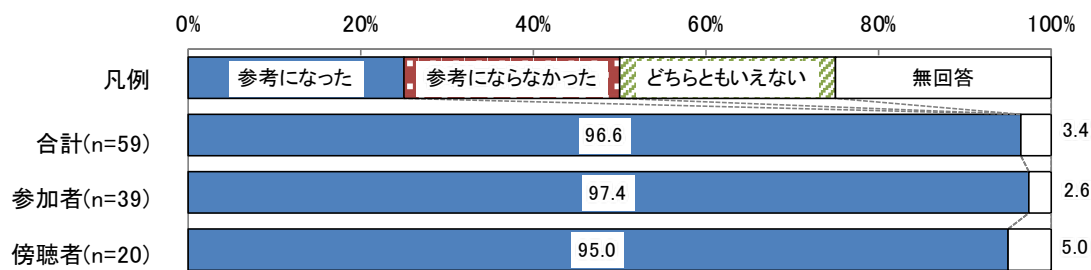
(抜粋したものを記載)

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 消防を含めた4者で参加したい ・ 東京以外でも開催してほしい ・ 発表者の説明が長い ・ 発表者の時間が足りない ・ GWの時間が足りなかった。開催時間を早めても良いと思う ・ 救急について考える良い機会となった ・ 講義、グループワークなど地域に戻っても参考となる内容であった
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ コーディネーターの能力向上、均一化等にも取り組んで欲しい ・ グループワークの時間が足りない ・ 地域によって問題点が大きく異なる点がある。一方、共通する問題も多くあった
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ GWの時間が足りない ・ 多職種、多団体で議論を進める方法論として勉強になった

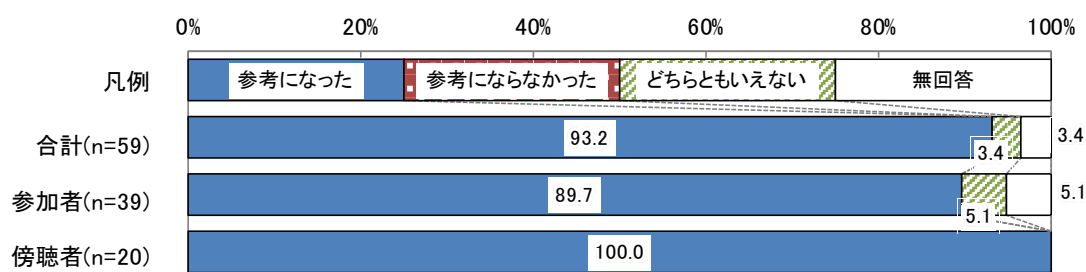
(2)第2部セミナー アンケート結果

第2部セミナーのアンケート結果については、以下の通りである。

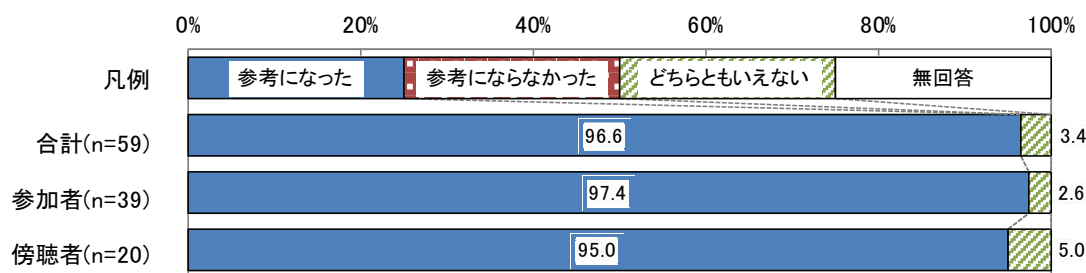
図表 第2部セミナープログラム全体についての感想(1つ選択)(n=59)



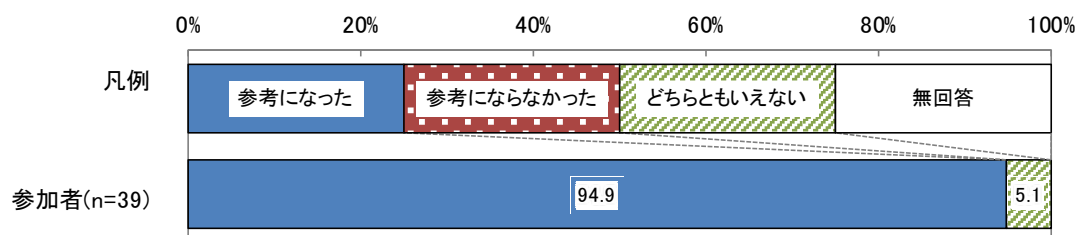
図表 「事例発表①」(臼杵市医師会立コスモス病院)についての感想(1つ選択)(n=59)



図表 「事例発表②」(八王子高齢者救急医療体制広域連絡会)についての感想(1つ選択)(n=59)



図表 グループワークについての感想(1つ選択)(n=39)



※グループワークについて、傍聴者是不参加であるため、参加者のみの結果を掲載

【セミナーの内容についてご意見・ご要望等】

(抜粋したものを記載)

<事例発表について>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先進地の事例を聞いて、勉強になった ・ 救急医療における情報共有は都心部においては非常に難しいと感じた ・ 都レベルで協議を進めないといけない ・ 同じ規模の市町村の現状がよく分かった
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先進事例の発表は有意義だと思うため、参加者だけでなくもっと多くの方が聞く仕組みが必要なのではと感じる ・ 地域差がある事がよく分かった ・ これまで通り先進地区の事例発表でよいと思う
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 工程表づくりは、戦術であると感じた。戦略の立て方を是非知りたい ・ 先進事例でなく、上手く行っていない事例でなぜ上手くいっていないのかも知りたい ・ 具体的な対策のヒントを得た

<グループワークについて>

所属	意見
自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職制ごとの発表では、本音で話し合える、また本音を聞くことができ、有用 ・ 医療関係者を巻き込むのが大変であり、医療関係者からの宣言のようなものをいただけると心強く、ありがたい ・ グループ内のメンバーの色々な考え方や課題意識に触れられて、大変参考になった ・ どこから手をついたらよいか分からなかったところが、グループワークを通じて、取っかかりを参加者の3者で認識共有できた
在宅医療関係者 (医師会等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域差で重点とする内容が違う事が分かった ・ 課題の抽出や議論の進め方について参考になった ・ 職種毎のグループは人数が多すぎて話が聞こえなかった
救急医療関係者 (病院等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何の情報を収集しないといけないか、その後どう整理するかなど課題が明確になった ・ 他地域の問題が提示され参考になった ・ 思いが分かった。グループワークは必要 ・ 取組のゴールがぼやけているので、そのゴールを決めていくことが必要だと感じた。

3. セミナーグループワークにおいて抽出された課題とその対応策

第1回セミナー(平成30年12月9日)では、取組に関しての課題や問題点をグループワークで検証した。その上で、セミナー参加15地域で各自、在宅医療・救急医療の連携についての工程表を作成していただいた。その上で、第2回セミナー(平成31年2月3日)にて、工程表を進めていく上での課題と、その課題に対する対応策をグループごと(15地域を5グループに編成)に検討していただいた結果、以下のような課題が抽出された。

対応整理表 (グループ1)				
1. 主要課題				
情報共有、居住型の施設からの救急搬送				
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割			
	自治体(市町村等)	在宅医療関係者 (医師会等)	救急医療関係者 (病院等)	その他
① 情報共有ツール初案を作る 共有する情報明確化	・救急病院で必要とする情報の調査(先進地から)	・情報共有シートの案作成 <small>確認</small> ・かかりつけ医から救急医への情報提供(医師会) ・ACPを利用した救急シートの作成 ・救急シートに記入する内容の決定	・救急隊への情報提供 (ICT管理行政)	
② 会議(合議体)	・合議体の設置 ・連携システムを活用	・合議体に参加	・参加	・救急隊参加
③ 運用	・施設へ参加を促す	・救急シートの普及・啓発 ・運用結果リスト化 ・情報協議		
④ 評価→改善		・運用拡大の検討	・提供された情報の評価 ・検証(情報内容等)	・ICT ・費用、運用上、運営費

対応整理表 (グループ2)				
1. 主要課題				
行政の役割 行政の推進力をサポートする				
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割			
	自治体(市町村等)	在宅医療関係者 (医師会等)	救急医療関係者 (病院等)	その他
① 連携ルール作りシステム化 関係機関の調整	・組長同士の意志統一 ・国・県・市のネットワーク・キーパーソンの固定 ・担当課のすきま産業 ・介護保険手続設定期間の3日へ短縮 ・救急連携を含めた地域計画(福祉計画)の作成 ・制度の整備、再システム化 ・連携ルールづくりの取り纏め	・加茂救急在宅医療を考える会をreboot		・保健所と共に考える(現状報告、調整役の依頼) ・保健所と協議会に呼ぶ ・検討行政レベルの調整 ・県にも発信をしてこちらから働き掛けをすること ・県、国レベルでのルール作り
② 市民啓発	・介護保険申請・更新日 ・ACD説明 ・市民へのACD・救急啓発	・啓発ツール作成 ・講演会や研修会の開催 ・シンポジウムの開催 ・情報発信	・連携会議を継続的に開催 ・関係機関を繋ぐ	・共有情報シートを作成 ・関係機関の調整役(協議会、話合いの場の開催)

整理表（グループ3）

1. 主要課題				
情報収集が進んでいない、情報伝達共有方法の工夫が必要				
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割			
	自治体(市町村等)	在宅医療関係者 (医師会等)	救急医療関係者 (病院等)	その他
① データ収集する 情報共有の意識を高める	・搬送状況把握	・訪問診療、看取り ・アンケート調査	・共通フォーマットを用いて情報公開	・消防がデータを提供する
② 協議の場を設定	・場を設定 ・多職種	・医療関係者をまとめる	・メディカルコントロール ・協議会 ・リーダーシップをとる	・出席して欲しい人に出席して頂く
③ 共有すべき情報を明確にする	・介護、医療以外の情報	・提供できる情報	・必要な情報	
④ 情報共有シートを作る ICT の活用	・周知予算 ・消防への働きかけ ・警察への働きかけ	・ルール作り ・内容検討	・ルール作り ・内容検討	・消防 ・警察

対応整理表（グループ4）

1. 主要課題				
運営問題				
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割			
	自治体(市町村等)	在宅医療関係者 (医師会等)	救急医療関係者 (病院等)	その他
① 人選	・根回し(全体) ・市長等のトップの取込み ・在宅担当・救急医療担当 ・取組みの周知	・医師会長 ・歯科医師会長 ・薬剤師会長	・病院長(2次) ・救急部長(3次)	・介護関係団体 ・弁護士 ・消防署長 ・警察
② データ収集・分析	・情報のまとめ	・在宅の先生にアンケート	・病院の救急関連データ	・救急搬送データ ・現場の声を集める (消防、介護、医療スタッフ)
③ 協議会(下部組織)で情報を共有	・下部組織の立ち上げ	・会員へ周知	・市内の病院への周知	・市民への啓発 ・介護関係者への周知 ・消防職員への周知

対応整理表（グループ5）

1. 主要課題				
協議体の設置・整理				
2. 上記の課題を解決するための対応策	左記の対応策における各団体等の役割			
	自治体(市町村等)	在宅医療関係者 (医師会等)	救急医療関係者 (病院等)	その他
① メンバー・キーマン人選	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会、病院協会などへの説明 ・メンバー選定依頼 ・業務として位置付けていく ・健康部局と福祉部局との連携 →組織のトップの理解を得る 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の在宅医療関係会議のメンバー ・ケアマネージャー、管理薬剤師、在宅施設の代表 ・訪問看護ステーション協会 ・ケアマネージャー協会 ・医師会在宅医療担当 ・在宅医療担当理事又は医療介護連携会長 	<ul style="list-style-type: none"> ・キーマン メディカルコントロール会長 ・二次病院の協会のトップ又は救急のトップ ・二次病院院長 ・救急病院救急部長 ・消防救急隊員 ・救急病院院長 ・救急センター長 ・現場の在宅医 1～3 人（都市部、山間部で文化が違う） 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般市民、施設関係者、弁護士、倫理学者 ・高齢者施設、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、特別養老老人ホーム ・介護
② 課題抽出・共有 (住民にも関係者にも)	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の部門での課題をとりまとめ、それぞれの部門の会議体等への発信 ・データ開示 (アンケート・レセプト等) ・保健医療データ、介護データ等の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・市民への周知もあるので広報 ・医師会にある在宅医療関係のデータを抽出 ・啓発ポスターを医師会から会員へ配布する 	<ul style="list-style-type: none"> ・一次、二次の救急(MC)担当消防隊 ・救急医 (二次救急、三次救急) ・消防 ・MC データの共有 ・MC 検証とフィードバック 	
③ 協議体との調整 (既存)	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の会議体の活用 ・庁内の協議体の洗い出し・整理 ・庁名への情報提供依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の在宅医療関係会議で常に決定事項を報告する ・堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議（いいともネットさかい）との調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・MC 会長の関連協議会への参画 	
④ 事務局・運営体制・予算	<ul style="list-style-type: none"> ・招集 ・資料のとりまとめ ・記録・まとめの作利 ・議事録 ・資料作成（準備） ・県は遅いのでやはり群市町村が事務職及び予算の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護連携支援事業を一部委託されているので、僅かなら予算は出せる 		

V. フォローアップ調査結果

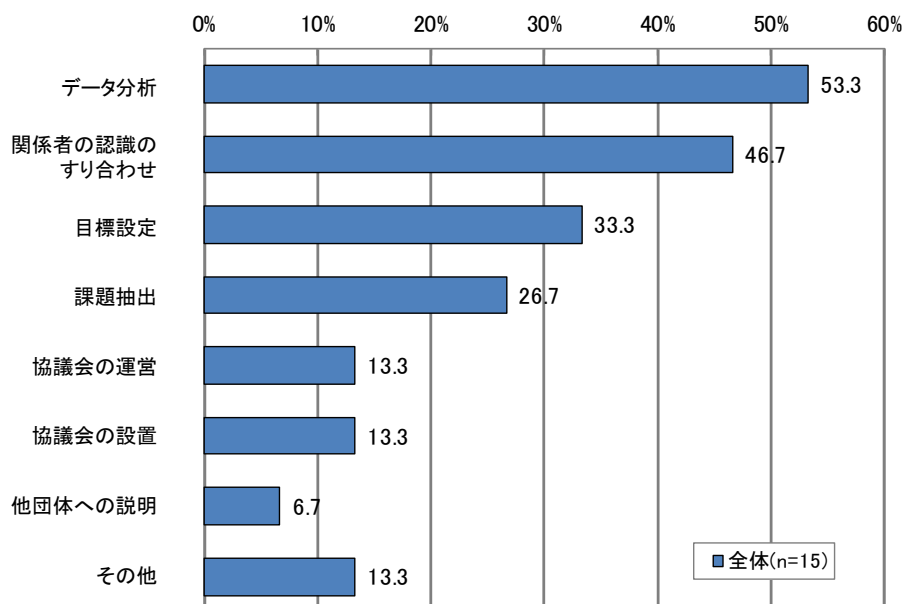
<アンケート調査結果>

(1)セミナーでの取組を含む、今年度の取組について

①「工程表の“作成”」を行うにあたって困難だった事柄

工程表の作成について困難だった事柄は、「データ分析」(53.3%)が最も高く、「関係者の認識のすり合わせ」(46.7%)が次いで多かった。

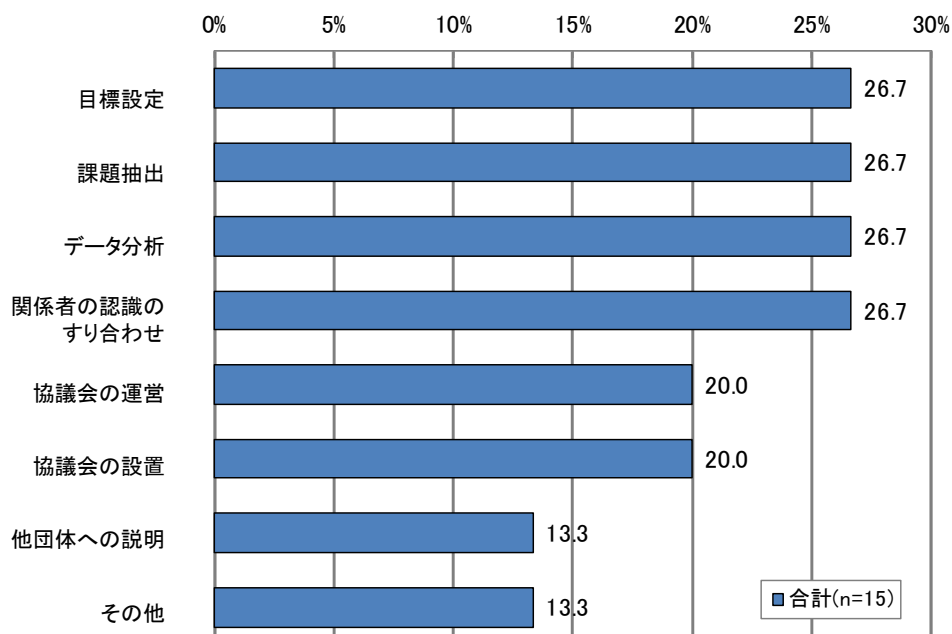
図表 事前課題「工程表の“作成”」を行うにあたって困難だった事柄(複数選択)(n=15)



②「工程表を“履行”」するにあたって困難だった事柄

工程表を履行するにあたって困難だった事柄は、「目標設定」(26.7%)、「課題抽出」(26.7%)、「データ分析」(26.7%)、「関係者の認識のすり合わせ」(26.7%)、の4つが最も高い結果となった。

図表 事前課題で作成した工程表を“履行”するにあたって困難だった事柄(複数選択)(n=15)



<「工程表の“作成”および“履行”」において困難だった事柄 詳細>

所属	詳細意見
データ分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要なデータがない場合も多く、データを収集するのに苦労した ・ 多(他)部署にデータが点在している ・ 自治体で消防を所掌していないため、救急搬送関連のデータの入手に時間がかかり、分析も不十分である ・ 多様なデータの分析・集計をするためのデータの意味の把握が困難 ・ 既存の市単位のデータは限られ、また、個別のデータを紐づけるのが困難である
関係者の認識のすり合わせ	<ul style="list-style-type: none"> ・ ACP についての知識がセミナー参加者でまちまちであった ・ 医師会、病院群、消防局が行っている内容の共通点や相違点の整理が困難だった ・ 取り組む目的についての認識が違い、説明してもなかなか理解してもらえなかった ・ 救急医療と在宅医療の現場の意見と、行政とのギャップを感じた ・ 進める度合いのペースが各職種で相違するため、説明への配慮や気配りが難しかった ・ 行政側のメリットを他団体に説明するも、メリットが異なるため理解を得られなかった
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今まで取り組んできた在宅医療・介護連携推進事業に、救急医療連携をどのようにリンクさせていくか、具体的な取り組み指標、目標設定を行うことが難しかった ・ 限られた資源の中で、現実的に実施可能な目標の設定が困難だった ・ 柱となるテーマを基に各団体が共通する目標の設定をすることが困難だった ・ 課題が整理できていないため、目標を設定するのが困難だった
課題抽出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関からの聞き取りが不十分な部分があった ・ 各団体の課題は多岐かつ大小に渡ることからのイメージのつきにくさがある ・ 課題が多くあり、どの課題に優先して取り組むか検討する必要がある ・ 各団体の課題を整理し、柱となるテーマの設定するのが困難だった
協議会の運営	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政主導ではなく、現場の意見が集約できる関係性のある運営体制が必要であるが、現状ではそのような場が存在しない ・ 既存の会議体の活用を優先しているため、議論の進め方が難しい ・ 行政担当者が他の業務と兼務しながら協議会の事務局を担っており、準備が後手後手になった ・ 行政の主体運営ではないため、運営側の理解と役割分担の事前確認が必要だった
他団体への説明	<ul style="list-style-type: none"> ・ どの団体まで声をかければよいか判断に迷う ・ 老人クラブ等、団体の会長に事業について説明したが、「死に触れないでほしい」と言う意見があり、対話が必要

③「工程表を“履行”」するにあたって工夫した点

工程表を履行するにあたって工夫した点としては、既存の協議体を活用する、並行事業と共同で進める等、今ある仕組みを効果的に使用し、取組を進めたという意見が見られた。また、関係者で密にコミュニケーションを取ることで、自治体・医師会・病院等の立場が異なる場合であっても共通の課題を見つけ、取組を進捗できたとの点があがった。

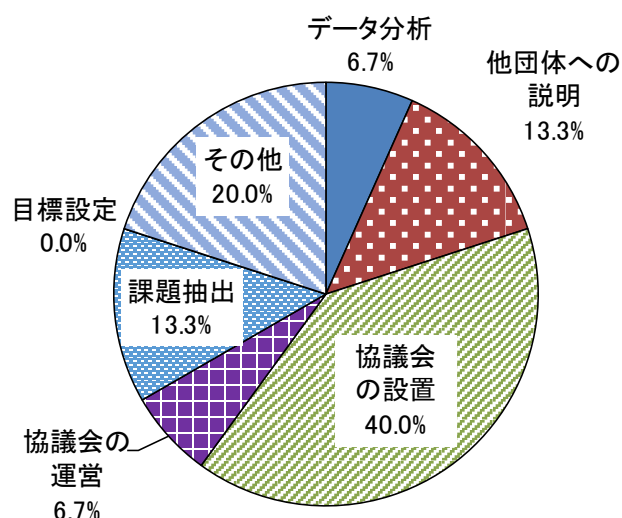
<「工程表を“履行”」するにあたって工夫した点>

工夫した点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の協議体を活用できた ・ 事前に関係者説明をし、関係者間の認識のすり合わせをした上で、協議会を開催した ・ 並行事業と共同体制を構築 ・ 中心となる在宅医、救急医との打ち合わせを複数回行い、行政がすべてを主導せず、他機関と連携しつつ、履行のための準備を進めていくことができていく ・ できる限りセミナー参加者の3者(自治体、医師会、病院)で話をする機会を持つようにした結果、共通の課題を見出すことができた ・ セミナーに参加した者がキーとなり、3者(自治体、医師会、病院)間で情報共有することで、同じ方向性をもって、取組を進めていくことができた ・ 関係者とのコミュニケーションを密にし、目的など共有できるように心がけた。会議においては、事前調整し目的、大切にしたいことの共有ができるような発言をしてもらった ・ 学識経験者に様々な情報を報告し、相談をしながら進めた
-------	--

④「工程表を“履行”」するにあたって最も上手かった点

工程表を履行するにあたって最も上手かった点は、「協議会の設置」(40.0%)と最も高く、次いで、「他団体への説明」(13.3%)、「課題抽出」(13.3%)と続く。「協議会の設置」については、既存の協議会を活用して取組を進めることができたという意見のほか、セミナー参加者である病院関係者の協力のもと、MC 協議会等の理解を得られたため設置がスムーズに進んだ等の意見があった。

図表 工程表を“履行”するにあたって最も上手かった点(1つ選択) (n=15)



<「工程表を“履行”」するにあたって最も上手かった点 詳細>

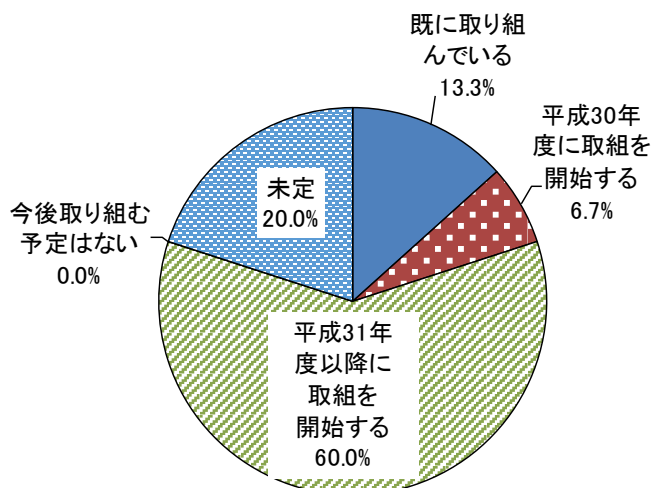
所属	詳細意見
データ分析	・ 既存のデータを活用することができた
課題抽出	・ セミナーをきっかけに、救急医療・在宅医療・自治体の関係者で、それぞれが抱えている課題等を共有することができた。個別ではなく、できる限り3者で話をする機会を持つようにした結果、共通の課題を見出すことができた ・ セミナーに参加した者がキーとなり、救急医療・在宅医療・自治体のそれぞれの関係者間で情報共有することで、同じ方向性をもって取組を進めていくことができた
協議会の設置	・ 設置にあたって、セミナー参加者の所属病院の病院長である地域 MC 協議会の会長が協力的であったことで、設置がスムーズに進んだ ・ 在宅医療サポートセンター事業と並行し、同事業の運営委員会を本事業の協議会とすることで、協議会はスムーズに設置することができた
協議会の運営	・ 既に立ち上がっている在宅医療介護連携協議会内において在宅医療・救急医療連携セミナーへの参加報告と、今後も在宅医療・救急医療について継続して取組みを行い、逐次協議会にて報告を行うことを伝えた ・ 医師会及び救急病院、消防が所属する既存の会議「救急医療懇話会」を活用し、かつ、分科会的な役割として「在宅医療・救急医療連携推進ワーキンググループ」の発足の承認を平成 30 年度中に得ることができた
他団体への説明	・ 現状把握や取り組む方向性などについて、既存の協議会を通して医師会の先生方と共有できた

(2)これから在宅医療・救急医療の連携を進めていく上の方向性

①「在宅からの搬送の連携強化」についてこれからどのように取り組むか

在宅からの搬送の連携強化については、「平成31年度以降に取組を開始する」(60.0%)が最も高く、「未定」(20.0%)、「既に取り組んでいる」(13.3%)となった。

図表 「在宅からの搬送の連携強化」について今後の取組(1つ選択) (n=15)



<「未定」とした理由>

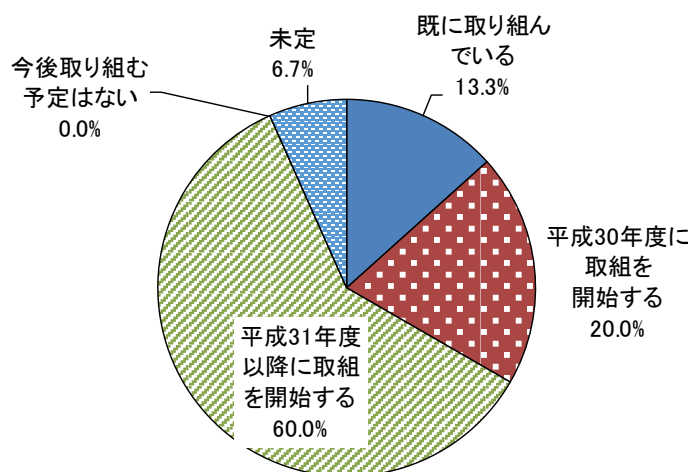
未定とした理由

- ・ 診診連携・病診連携、医療と多職種との連携について、医師会と情報共有を行いながら進めていくため、スケジュールについては未定
- ・ 現在、データを収集している最中であり、データをまとめ分析することにより、課題を明確にし、取り組む内容について改めて検討していく

②「高齢者施設からの搬送の連携強化」についてこれからどのように取り組むか

高齢者施設からの搬送の連携強化については、「平成31年度以降に取組を開始する」(60.0%)が最も高く、「平成30年度に取組を開始する」(20.0%)、「既に取り組んでいる」(13.3%)、「未定」(6.7%)となった。

図表 「高齢者施設からの搬送の連携強化」について今後の取組(1つ選択) (n=15)



<「未定」とした理由>

未定とした理由

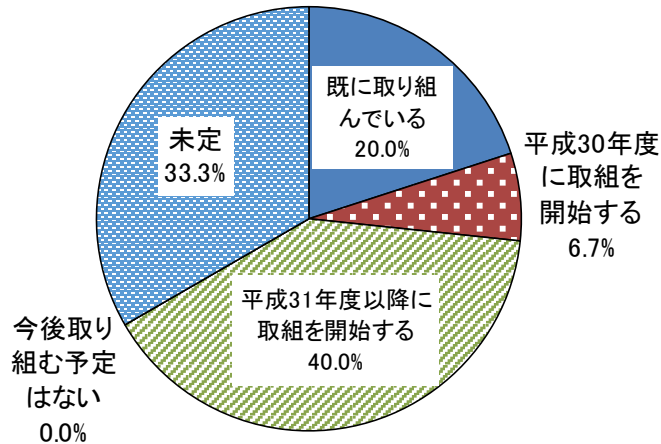
- ・ 現在、データを収集している最中であり、データをまとめ分析することにより、課題を明確にし、取り組む内容について改めて検討していく

③「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」についてこれからどのように取り組むか

患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化については、「平成 31 年度以降に取組を開始する」(40.0%)が最も高く、「未定」(33.3%)、「既に取り組んでいる」(20.0%)、「平成 30 年度に取組を開始する」(6.7%)、となった。「未定」とした意見の中には、担当職員の知識が足りず、把握してから取り組みたいという意見もあった。

図表 「患者本人の意思を事前に汲み取る取組の連携強化」について

今後の取組(1つ選択) (n=15)



<「未定」とした理由>

未定とした理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療担当職員がまず今までの経緯等を勉強し、消防・救急医師等多くの意見を参考にし、検討していきたい ・ 「患者本人の意思」を把握するにあたっては、本人にそのことを考えてもらう必要もある。本人が考えるきっかけとなる場面は様々あり、連携を強化するにあたって、実態を把握し、どのような取組を行うことが効果的なのか研究を進めると考えているため、具体的な取組の開始時期は、未定
----------------	---

(3)国への要望について

国への要望については、より多くの本セミナー等への参加機会の提供、先進事例の更なる提供、ICT 導入のための予算確保、国民への普及啓発等の意見が挙げられた。

<国への要望 詳細>

国への要望	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回のようなセミナーに、より多くの自治体が参加できるようにしていきたい ・ 自治体・医師会・病院・消防の 4 者で参加できるようにしていきたい ・ 患者情報連携シートの見本例を作成していただきたい ・ 継続的な研修や、自治体への講師派遣をお願いしたい。伴走支援していただきたい ・ より多くの先進事例の紹介をしていただきたい ・ 人口 10 万人以下の自治体では、医療政策に対応する部署を持っていないのが現状である。情報収集やデータ分析を行う機能は、中核市などに比べて著しく劣っているため、大都市のデータに偏ることなく、小都市においても正確な現状把握と分析を可能にする支援と、その分析に基づいて地域事情に即した連携体制構築が進められるような施策を実施していただきたい ・ ICT を利用した仕組みを導入するための予算の確保 ・ 在宅医療と救急医療の連携が重要であることについて国として、何らかのかたちで、国民へ啓発を実践していただきたい
--------------	---

VI. 急病を中心とする救急搬送に関するアンケート 調査結果

1. アンケート調査結果 まとめ

(1)アンケート結果のまとめ

①「急病」の救急搬送における状況

人口1万人あたりの「急病」高齢者の搬送人員数を見ると、高齢化率(75歳以上)が高い市町村を管轄する消防本部ほど救急搬送人員数が多く(P238 参照)、今後、高齢化が進む地域では、「急病」高齢者の救急搬送人員が増えることが想定される。

<事故発生場所別の課題>

事故発生場所別で見ると、発生場所によって消防本部の抱える課題が異なっている。

「住宅」からの搬送においては、昨今、軽症でも救急車を利用するケースが散見され、問題となっているが、今回の調査では、「急病」高齢者(60歳以上)の搬送のうち、「軽症」の割合が40%と半数弱を占め(P240 参照)、「住宅」からの搬送の課題を見ると、「軽症等での搬送が多い」が50.6%と、半数の消防本部が軽症の搬送の多さを課題としている。また、「住宅」からの搬送の課題は、軽症の搬送の多さ以外にも「患者のキーパーソン、DNAR 意思等の社会的情報の確認ができないケースが多い」(54.4%)、「患者の既往症・アレルギー等の医療情報の確認ができないケースが多い」(41.3%)等が挙げられており、診療情報や社会的情報等の患者情報が確認できないことも課題として挙げられている(P244 参照)。さらに、消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、「かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースが多い」としている(P244 参照)。

一方、「老人ホーム」からの搬送においては、「住宅」からの搬送と比べ救急搬送人員数が9分の1程度と少ないものの、「中等症」以上(「死亡」、「重症」、「中等症」)の占める割合が高い(P239.240 参照)。症状の重い患者ほどスムーズな搬送が求められるが、「老人ホーム」からの搬送の課題として、「老人ホームが病院照会を済ませておらず、救急隊が行うケースが多い」(66.1%)、「老人ホーム職員が患者のキーパーソン、DNAR 意思等の社会的情報を把握していないケースが多い」(45.4%)、「老人ホーム職員が事故発生状況について病院に説明できないケースが多い」(37.8%)が挙げられており、老人ホーム職員の対応が課題としている(P245 参照)。

<消防本部管轄下の最大市町村規模別の課題>

各消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模によって消防本部の抱える課題が異なっている。

「人口30万人以上」を管轄する消防本部では、人口比での隊員数が少ない(P235 参照)にもかかわらず、救急隊員1人当たりの搬送件数が多く、負担が大きい(P236 参照)が、高齢者(60歳以上)の搬送について、「住宅」からの搬送と「老人ホーム」からの搬送のどちらも増えていると回答しているところが多く(P242 参照)、今後、更に負担が大きくなることが想定される。このため、今まで以上に効率的に搬送するなど、増加する「急病」高齢者の搬送への対策が必要である。

「町、村」を管轄する消防本部では、「住宅」からの搬送件数と「老人ホーム」からの搬送件数のいずれも増加傾向にあるところは少ないものの(P242 参照)、症状の重い「重症」以上の患者が搬送されるケースが多い(P241 参照)ことから、「重症」患者への搬送対策が必要である。

② 在宅医療・救急医療連携についての協議の場(検討会等)について

在宅医療・救急医療連携の協議の場は、消防本部管轄下の市町村の約半数に設置されている(P246 参照)が、消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、市町村規模が小さい消防本部ほど、管轄下の市町村に在宅医療・救急医療の連携について協議の場が設定されていないと回答している(P246 参照)。

協議の場への参加者は、「病院関係者」(92.2%)、「医師会関係者」(89.4%)の割合が高く(P248 参照)、9割程度の消防本部が何らかの形で協議の場に参加している(P247 参照)が、「町、村」の場合、「医師会関係者」、「歯科医師会関係者」、「訪問看護関連施設関係者」と医療関係団体の参加が低い傾向にある(P248 参照)。

検討内容は、「多職種連携について」(59.5%)が最も多く、次いで「病院と病院の連携について」(49.1%)、「病院と診療所の連携について」(44.5%)、「患者情報共有の方法について」(44.5%)の順である(P249 参照)が、「町、村」の場合、「病院と病院の連携について」、「病院と診療所の連携」について検討されていない傾向にある。

① 患者の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組に関する協議の場(検討会等)について

患者の意思を事前確認する取組の協議の場は、約1割の消防本部管轄下の市町村に設置されている(P250 参照)。

協議の場への参加者は、「病院関係者」(93.1%)、「医師会関係者」(91.7%)の割合が高く(P252 参照)、8割強の消防本部が何らかの形で協議の場に参加している(P251 参照)。

検討内容については、「患者本人の意思の確認方法・手法の検討」(75.0%)が最も多く、次いで「人生の最終段階における医療・ケアの在り方の検討」(68.1%)、「医療職・介護職への普及・啓発の検討」(61.1%)、「患者・患者家族への普及・啓発の検討」(50.0%)の順である(P253 参照)。

救急搬送される前に患者の意思を事前に確認する取組は、在宅医療・救急医療連携の取組に比べ、全国的に取り組みが進んでいないが、患者の意思を事前確認する取組の協議の場がある市町村では、取組が進んでいる(P254 参照)。

② 救急搬送時の患者情報連携について

約 6 割の消防本部では、救急搬送時に何らかの形で患者情報の確認をしている(P255 照)。患者情報確認の媒体は、「患者情報等が記載されている用紙(現物)のみで確認している」が 9 割強と高く、ICT の利用はほとんど見られない(P256 参照)。

救急搬送時に患者情報を確認できる消防本部のうち 9 割強が、救急搬送時に消防隊員が患者情報を確認できることに「メリットがある」と回答している(P255 参照)。具体的には、「病院収容所要時間が減少した」(55.5%)の割合が最も高く、「搬送中の所要時間(車内収容～現発)が減少した」(46.5%)、「搬送時の病院問い合わせの回数が減少した」(45.0%)、「搬送中の所要時間(現着～車内収容)が減少した」(41.4%)、で、救急搬送時に患者情報を確認できる仕組みは、効率的な救急搬送に効果があると考えられる(P259 参照)。特に、管轄下の最大市町村規模が大きい消防本部ほど、「搬送中の所要時間(車内収容～現発)が減少した」と回答しており、搬送先として複数の病院が候補に挙がる大都市圏ほど、この効果が大きいと考えられる(P259 参照)。

なお、確認できる患者情報について、消防本部が救急搬送時に確認できる患者情報と、消防本部が確認できることが望ましいと考える情報には、以下の通り差が見られる。

患者情報記入者について	多くの項目で項目送時に確認できることが望ましいと考える消防本部が多い一方で、実際に確認できているケースが少ない。(P257 参照)
患者情報記載日等の情報について	情報を起票した「情報記載日」は、確認できることが望ましいと考えられており、かつ実際に確認できているが、「情報更新日」については、確認できることが望ましいと考えられている一方、実際に確認できているケースが少ない。(P257 参照)
患者本人の情報について	「アレルギー」、「キーパーソン」、「障害有無」、「認知症有無」、「治療等に関する患者本人の意思」については、確認できることが望ましいと考えられている一方、実際に確認できているケースが少ない。特に、「治療等に関する患者本人の意思」についてはその差が大きい(P258 参照)

(2) アンケート結果から読み取れる事柄

- 高齢者の急病における救急搬送については、昨今全国的に問題となっているが、人口規模別や、事故発生場所別によって、その問題となる事象や課題は異なっていることから、各地域では、自地域の特性に即した対応策の検討が必要となる。また、今後、高齢化が進む地域では、「急病」高齢者の救急搬送人員が増えることが想定され、搬送への対策が課題となることが想定される。
- 在宅医療・救急医療連携の取組のひとつである救急搬送時の患者情報連携においては、連携できている地域を管轄する消防本部約 9 割強が、より効率的な救急搬送に効果があるとして「メリットがある」と回答しており、救急搬送時間の短縮のためにも、当該取組を推進することが必要である。取組ができている地域の多くが、多職種が集う協議の場(検討会等)を活用して取組を進めていることから、協議の場がないところでは、設置を促す等の働きかけが有効と言える。
 - ・ 協議会の設置については、規模が小さい地域からは、自治体職員の意見として、医師会や消防本部の担当地域が複数にまたがっているため多職種間で密な連携が取りづらく、協議の場の設置が難しいという意見や、自治体に在宅医療・救急医療の連携を行う専門の部署が存在しない場合、連携の旗振りがしづらいという意見が聞かれ、課題となっている。また、協議会を設置できても、「医師会関係者」、「歯科医師会関係者」、「訪問看護関連施設関係者」と医療関係団体の参加が低い傾向にあることや、協議会の検討内容において、「病院と病院の連携について」、「病院と診療所の連携」について検討されていない傾向にあり、地域の医療機関との連携構築とともに、広域での多職種連携が課題である。
 - ・ 地域によっては、医師会や消防本部の担当地域が複数にまたがり多職種間で密な連携が取りづらい、在宅医療・救急医療連携の専門部署が自治体内にないことから、連携の旗振りがしづらい等の理由で在宅医療・救急医療連携の取組が進んでいないところも存在しているほか、多職種連携の協議会を二次医療圏で行っている場合もあるため、在宅医療・救急医療連携を推進するためには、都道府県による市町村への支援が求められる。
- 平成 30 年 3 月に改訂された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた患者の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組についても、協議の場の設置が地域での取組を進める実態があり、本事業の趣旨である「患者の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築」を進めるため、まずは協議の場の設置を推進することが求められる。

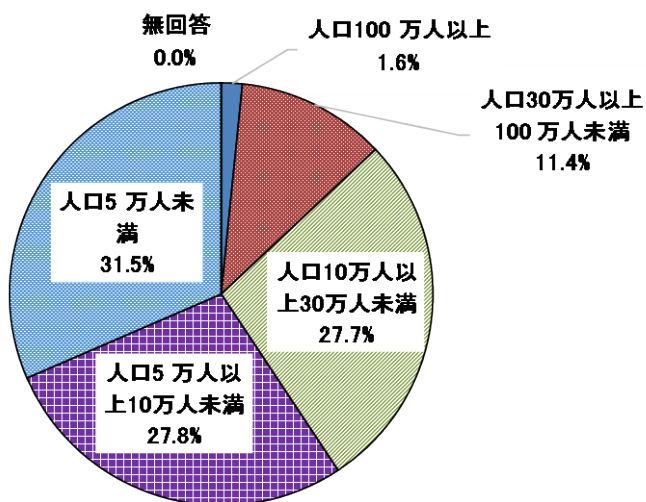
2. アンケート調査結果

(1) 回答者属性について

① 消防本部管轄下の市町村の人口(合計)

各消防本部が管轄する市町村の人口の分布(以下、「消防本部管轄下の市町村の人口別」という)は、「人口5万人未満」(31.5%)の消防本部が最も多く、次いで「人口5万人以上10万人未満」(27.8%)、「人口10万人以上30万人未満」(27.7%)と続く。

図表 ① 各消防本部の管轄する市町村の人口(合計) (n=632)

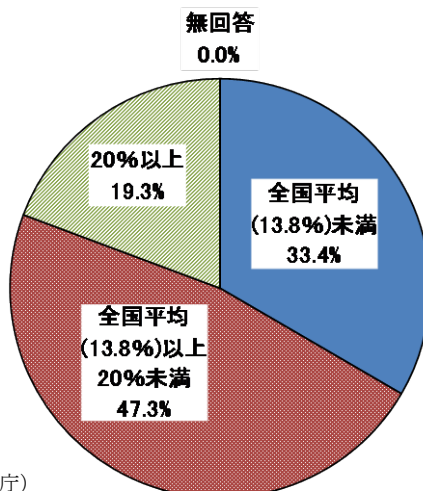


② 75歳以上の割合

最新の統計では「急病」の救急搬送人員において75歳以上の高齢者の占める割合は全体の45%と半数近くを占めている¹。また、今後も75歳以上の高齢者人口は増加することが予測されているが²、各消防本部が管轄する市町村の人口のうち75歳以上の高齢者の含まれる割合の分布(以下、「高齢化率(75歳以上)別」という)を見ると、「全国平均³(13.8%)以上20%未満」(47.3%)の割合が最も多く、次いで「全国平均(13.8%)未満」(33.4%)である。

消防本部管轄下の市町村の人口別で見ると、人口規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、高齢化率が低い。

図表 75歳以上の割合 (n=632)



1 出典：平成30年版 救急救助の現況（消防庁）

2 出典：平成30年版高齢社会白書（内閣府）

3 出典：平成30年度高齢社会白書（内閣府）より。人口に占める75歳以上の割合の全国平均は13.8%

		調査数	20%以上	13.8%以上 20%未満	13.8%未満	無回答
全体	全体	632	19.3	47.3	33.4	0.0
消防本部管轄下の市町村の人口別	1.人口100万人以上	10	0.0	10.0	90.0	0.0
	2.人口30万人以上100万人未満	72	0.0	33.3	66.7	0.0
	3.人口10万人以上30万人未満	175	2.3	48.6	49.1	0.0
	4.人口5万人以上10万人未満	176	14.8	60.2	25.0	0.0
	5.人口5万人未満	199	46.2	41.7	12.1	0.0

凡例
平均+10%
平均-10%

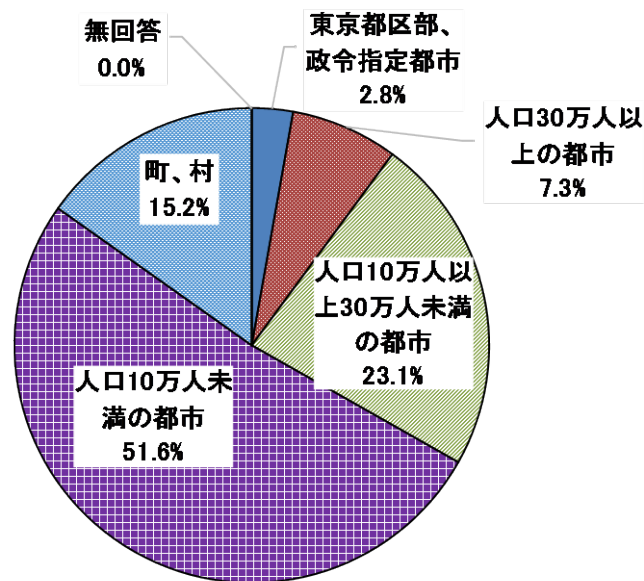
③ 消防本部管轄下の最大市町村

半数弱の消防本部が複数市町村を管轄しているが(P234 参照)、複数市町村を管轄している場合、当該消防本部の所在地は、最も大きな市町村にあり、かつ在宅医療・救急医療連携も当該市町村との連携が主になることが想定されるため、各消防本部が管轄する市町村のうち、最も大きな市町村で分類を行った(以下、「消防本部管轄下の最大市町村規模別」という)。

消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、「人口10万人未満の都市」(51.6%)を管轄する消防本部が最も多く、次いで「人口10万人以上30万人未満の都市」(23.1%)、である。

高齢化率(75歳以上)別で見ると、規模の小さい「人口10万人未満の都市」および「町、村」を管轄する消防本部においては、高齢化率が高くなっている。

図表 消防本部が管轄する市町村のうち最も大きな市町村(n=632)



		調査数	東京都区部、政令指定都市	人口30万人以上の都市	人口10万人以上30万人未満の都市	人口10万人未満の都市	町、村	無回答
全体	全体	632	2.8	7.3	23.1	51.6	15.2	0.0
消防本部管轄下の市町村の人口別	1.人口30万人以上	82	22.0	56.1	20.7	1.2	0.0	0.0
	2.人口10万人以上30万人未満	175	0.0	0.0	73.7	26.3	0.0	0.0
	3.人口5万人以上10万人未満	176	0.0	0.0	0.0	92.6	7.4	0.0
	4.人口5万人未満	199	0.0	0.0	0.0	58.3	41.7	0.0
高齢化率(75歳以上)別	1.20%以上	122	0.0	0.0	0.8	68.9	30.3	0.0
	2.13.8%以上20%未満	299	1.3	3.7	23.4	58.2	13.4	0.0
	3.13.8%未満	211	6.6	16.6	35.5	32.2	9.0	0.0

凡例
平均+10%
平均-10%

※ 「人口分類別」において、「人口100万人以上」はn数が少ないため、「人口30万人以上100万人未満」と合算し、「人口30万人以上」とする(以降も同様)

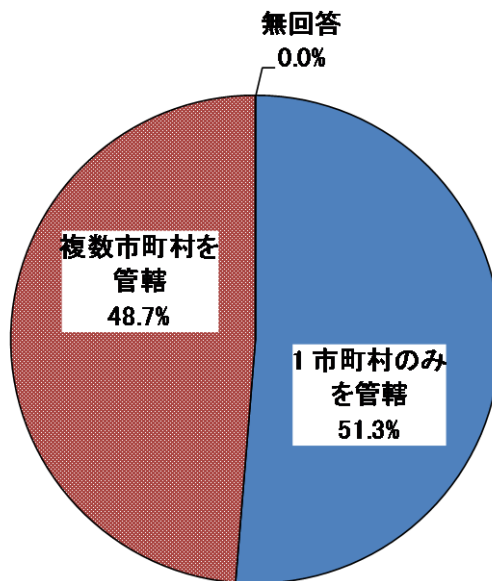
(2)各消防本部の置かれている状況について

① 救急業務実施市町村数

消防本部が1市町村のみを管轄しているか、複数の市町村を管轄しているかたずねたところ、「1市町村のみを管轄」(51.3%)、「複数市町村を管轄」(48.7%)となった。

消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模が小さい市町村を管轄する消防本部ほど、複数市町村を管轄している。

図表 消防本部に関するデータ:救急業務実施市町村数
(平成30年4月1日現在の数)(n=632)



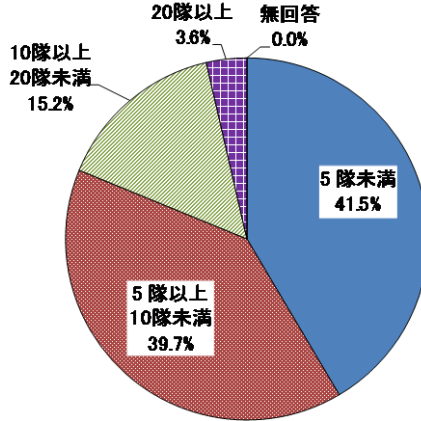
		調査数	1つのみ	複数	無回答	
全体	全体	632	51.3	48.7	0.0	
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	65.6	34.4	0.0	
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	54.1	45.9	0.0	
	3.人口10万人未満の都市	326	50.3	49.7	0.0	
	4.町、村	96	40.6	59.4	0.0	
						凡例
						平均+10%
						平均-10%

※ 「消防本部参加の最大市町村規模別」において、「東京都区部、政令指定都市」はn数が少ないため、「人口30万人以上の都市」と合算し、「人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)」とする(以降も同様)

② 救急隊数

所属する救急隊数については、「5 隊未満」(41.5%)の割合が最も高く、次いで「5 隊以上 10 隊未満」(39.7%)である。

図表 消防本部に関するデータ:救急隊数
(平成 30 年 4 月 1 日現在の数)(n=632)



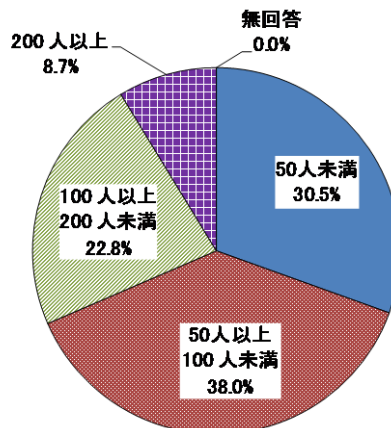
		調査数	5 隊未満	5 隊以上 10 隊未満	10 隊以上 20 隊未満	20 隊以上	無回答	
全体	全体	632	41.5	39.7	15.2	3.6	0.0	
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	0.0	15.6	53.1	31.3	0.0	凡例
	2.人口10万人以上30万人未満の都市	146	13.7	55.5	28.8	2.1	0.0	平均+10%
	3.人口10万人未満の都市	326	51.2	42.6	6.1	0.0	0.0	平均-10%
	4.町、村	96	78.1	21.9	0.0	0.0	0.0	

③ 救急隊員総数

所属する救急隊員数については、「50 人以上 100 人未満」(38.0%)の割合が最も多く、次いで「50 人未満」(30.5%)、次いで「100 人以上 200 人未満」(22.8%)である。

人口 1 万人あたりの救急隊員数平均(年間)を見ると、平均値 10.9 人、中央値 9.2 人で、消防本部管轄下の最大市町村規模別では、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、隊員数が少ない。

図表 消防本部に関するデータ:救急隊員数
(平成 30 年 4 月 1 日現在の数)(n=632)



<人口 1 万人あたりの救急隊員数年間平均(平成 29 年 1 月~12 月)>

平均値:10.9 人

中央値:9.2 人

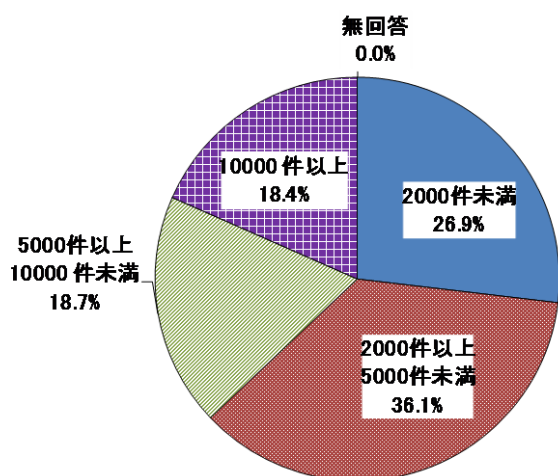
		調査数	平均(人数)	最小値	最大値
全体	全体	632	10.9	0	61.9
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	3.4	1.6	10.8
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	6.3	0.9	14.4
	3.人口10万人未満の都市	326	11.8	0	47
	4.町、村	96	19.9	2.4	61.9

④ 救急出動件数および救急搬送件数

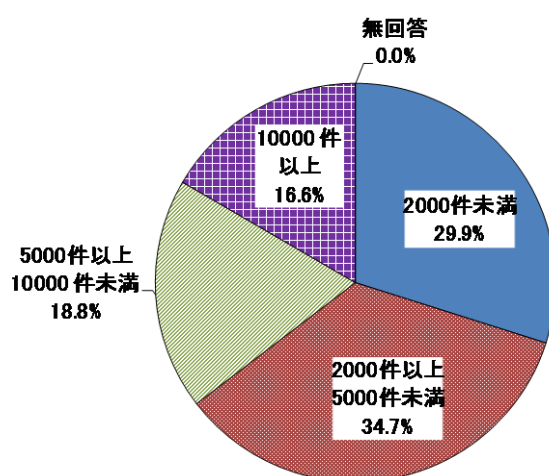
救急出動件数、救急搬送件数の年間平均値(平成 29 年 1 月～12 月)を見ると、ともに「2000 件以上 5000 件未満」の割合が最も高く、次いで「2000 件未満」である。

救急隊員 1 人あたりの救急搬送件数の年間平均値(平成 29 年 1 月～12 月)を見ると、平均値 70.6 件、中央値 44.3 件である。また、消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、人口比での隊員数が少ない(P235 参照)にもかかわらず、救急隊員 1 人当たりの搬送件数が多く、負担が大きいことが読み取れる。

図表 救急出動件数 平成 29 年(1 月～12 月)(n=632)



図表 救急搬送件数 平成 29 年(1 月～12 月)(n=632)



<救急隊員 1 人あたりの救急搬送件数年間平均(平成 29 年 1 月～12 月)>

- ・平均値: 70.6 件
- ・中央値: 44.3 件

		調査数	平均(件数)	最小値	最大値
全体		631	70.6	0	509.3
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市	64	167.8	34.9	324
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	90.6	26.3	385.8
	3.人口10万人未満の都市	325	52.2	13.6	509.3
	4.町、村	96	37.8	0	201

⑤ 事故種別「急病」における救急搬送人員数

○事故発生場所別

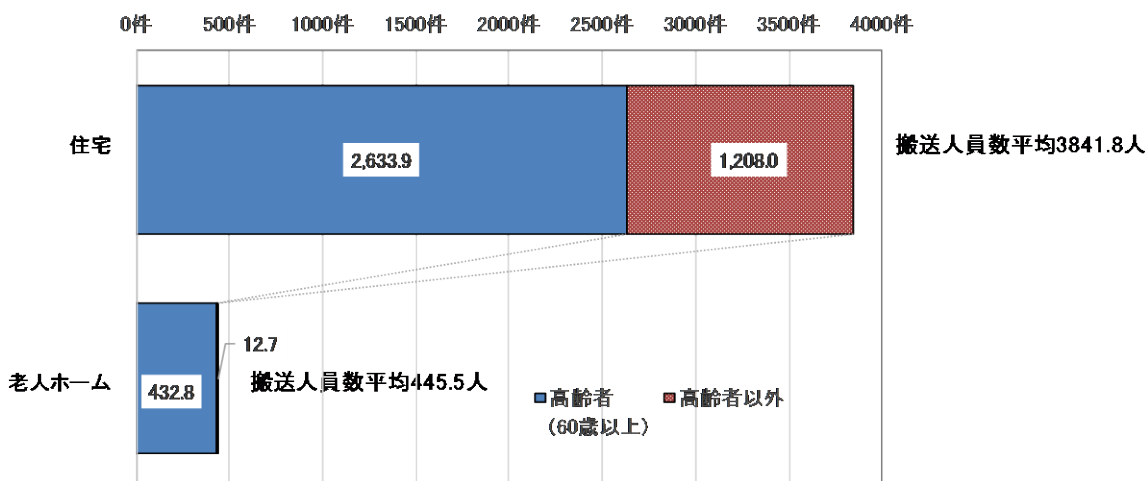
事故種別「急病」の救急搬送人員数の年間平均値(平成 29 年 1 月～12 月)について事故発生場所別に見ると、「住宅」からの搬送は 3841.8 人、「老人ホーム」からの搬送は 445.5 人となり、「住宅」からの搬送が多い。

「高齢者(60 歳以上)」の占める人数を見ると、事故発生場所が「住宅」では 2633.9 人(68.6%)、「老人ホーム(※)」では、432.8 人(97.1%)で、「急病」における救急搬送人員数において、高齢者(60 歳以上)の割合が多くを占めている。

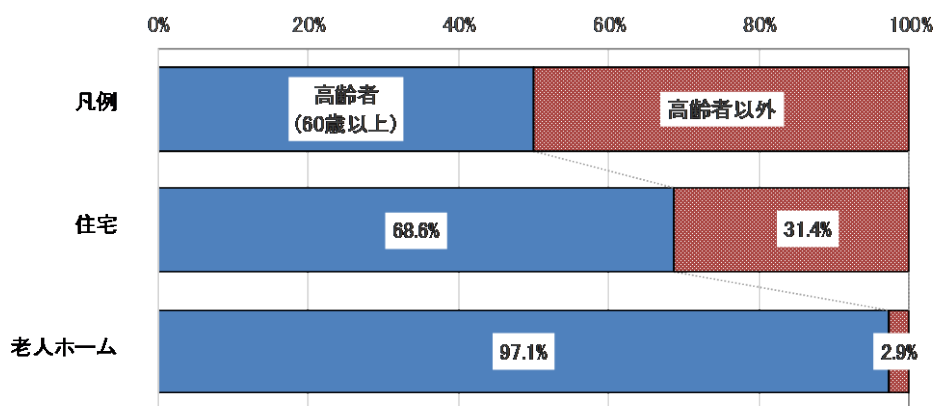
人口 1 万人あたりの「急病」高齢者(60 歳以上)の救急搬送人員数を見ると、「住宅」からの搬送では、平均値 152.1 人、中央値 146.7 人、「老人ホーム」からの搬送では、平均値 24.9 人、中央値 22.6 人である。また、高齢化率(75 歳以上)別に見ると、「住宅」、「老人ホーム」双方からの搬送で、高齢化率(75 歳以上)が高い市町村を管轄する消防本部ほど人口 1 万人あたりの「急病」高齢者(60 歳以上)の救急搬送人員数が多く、高齢化が進むと「急病」高齢者の救急搬送人員が増えることが想定される。

※ 各消防本部が消防庁「救急・救助の現況」の集計のために提出するデータのうち、事故発生場所が「公衆衛生場所」かつ「老人ホーム」と区分されている場合を指す。以降の「老人ホーム」も同。

図表 急病における救急搬送人員数の事故発生場所別年間平均値
“実数” (平成 29 年 1 月～12 月)(n=632)



図表 急病における救急搬送人員数の事故発生場所別年間平均値
“割合” (平成 29 年 1 月～12 月)(n=632)



<人口1万人あたりにおける「急病」高齢者(60歳以上)の年間救急搬送人員数平均(平成29年1月~12月)>

i. 「住宅」からの搬送

- ・平均値: 152.1人
- ・中央値: 146.7人

		調査数	平均(人数)	最小値	最大値
	全体	632	152.1	0	425.5
高齢化率(75歳以上)別	1.20%以上	122	193.9	88	425.5
	2.13.8%以上20%未満	299	148.5	0	319.3
	3.13.8%未満	211	132.9	28.1	205.8
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	141.4	28.1	205.8
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	139.6	17.7	256.4
	3.人口10万人未満の都市	326	155.0	52.7	425.5
	4.町、村	96	168.4	0	372.6

ii. 「老人ホーム」からの搬送

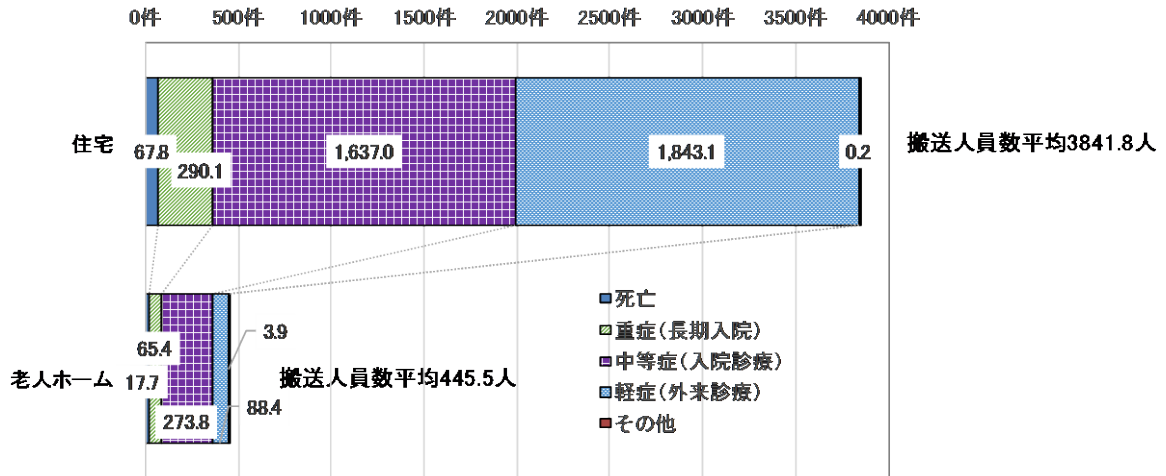
- ・平均値: 24.9人
- ・中央値: 22.6人

		調査数	平均(人数)	最小値	最大値
	全体	632	24.9	0	121.3
高齢化率(75歳以上)別	1.20%以上	122	29.2	2.6	121.3
	2.13.8%以上20%未満	299	24.7	0	80.6
	3.13.8%未満	211	22.6	0.8	68.2
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	25.3	7.9	44.5
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	23.6	0.8	68.8
	3.人口10万人未満の都市	326	24.4	0	80.6
	4.町、村	96	28.0	0	121.3

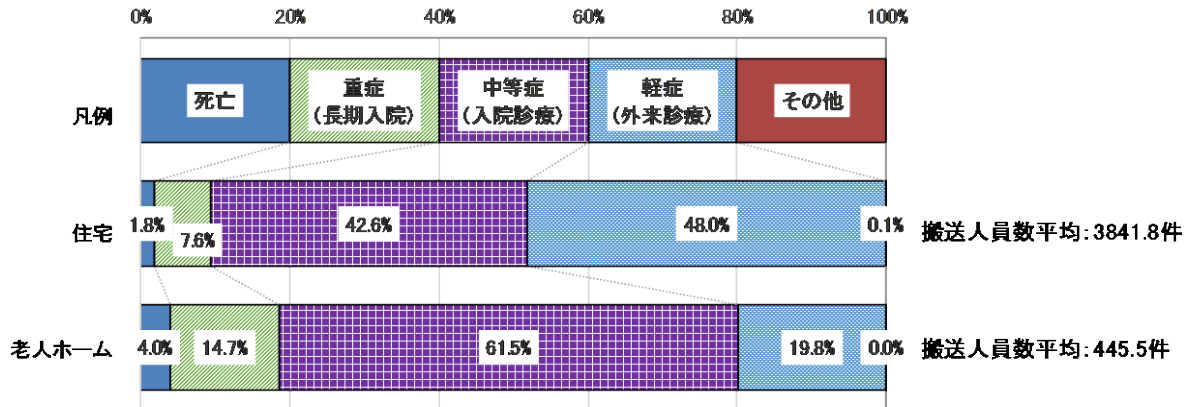
○事故発生場所別/傷病程度別

事故種別「急病」の救急搬送人員数の年間平均値(平成 29 年 1 月～12 月)について傷病程度別に見ると、事故発生場所が「住宅」の場合、「軽症」(48.0%)と「中等症」(42.6%)の割合が高く、事故発生場所が「老人ホーム」の場合、「中等症」の割合が 61.5%と高いが、軽症も 2 割弱見られる。

図表 「急病」における救急搬送人員数の事故発生場所別/傷病程度別
年間平均値(平成 29 年 1 月～12 月) **“実数”** (n=632)



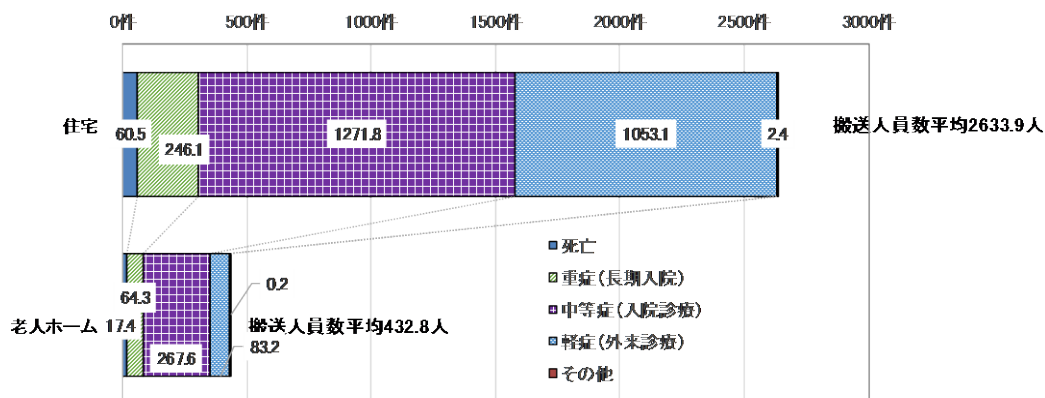
図表 「急病」における救急搬送人員数の事故発生場所別/傷病程度別
年間平均値(平成 29 年 1 月～12 月) **“割合”** (n=632)



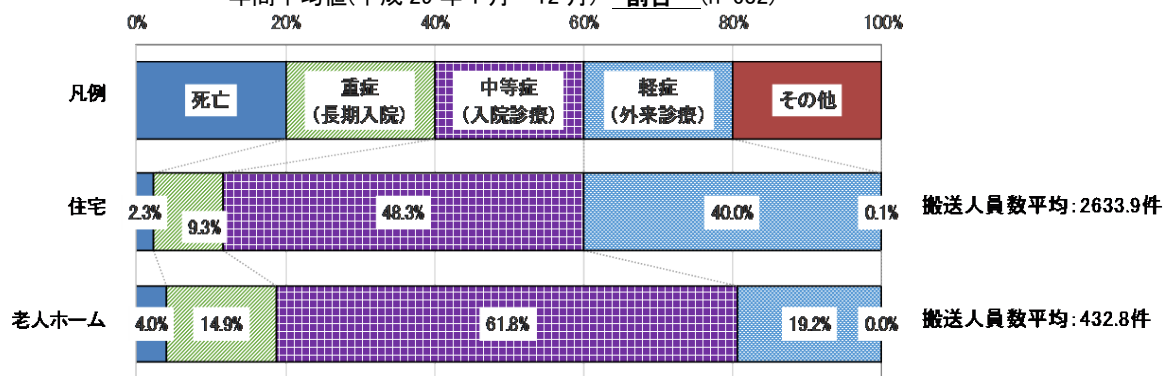
○高齢者(60歳以上)の事故発生場所別/傷病程度別

事故種別「急病」かつ高齢者(60歳以上)の救急搬送人員数の年間平均値(平成29年1月～12月)について傷病程度別に見ると、事故発生場所が「住宅」の場合、「中等症」(48.3%)と「軽症」(40.0%)の割合が高く、事故発生場所が「老人ホーム」の場合、「中等症」の割合が61.8%と高いが、軽症も2割弱見られる。

図表 高齢者(60歳以上)の「急病」における救急搬送人員数の事故発生場所別/傷病程度別
年間平均値(平成29年1月～12月) “実数” (n=632)



図表 高齢者(60歳以上)の「急病」における救急搬送人員数の事故発生場所別/傷病程度別
年間平均値(平成29年1月～12月) “割合” (n=632)



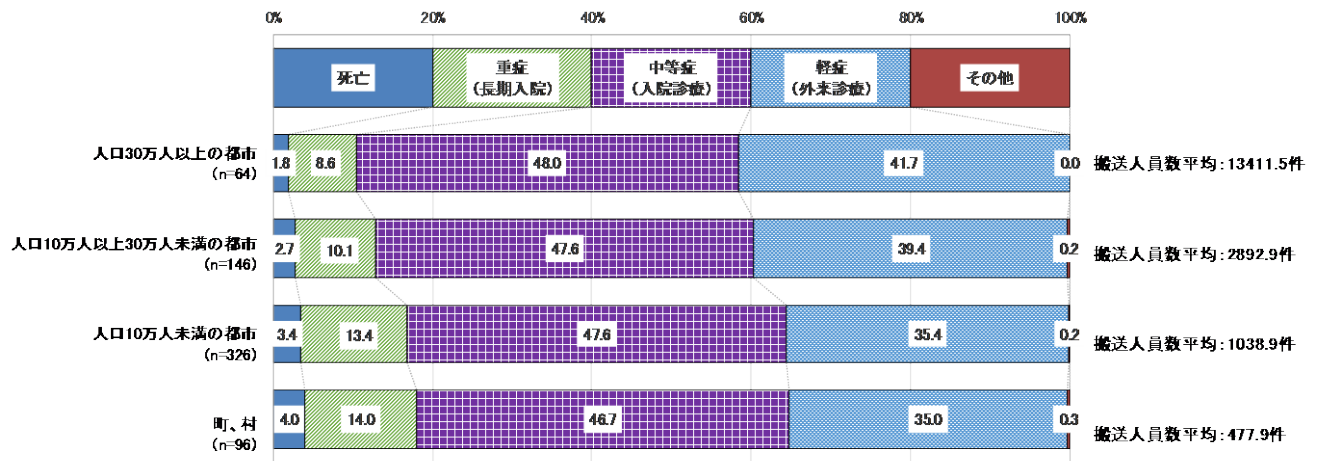
事故種別「急病」かつ「高齢者(60歳以上)」の救急搬送人員数の年間平均値(平成29年1月～12月)について消防本部管轄下の最大市町村規模別に見ると、以下の通りである。

「住宅」からの搬送では、昨今、軽傷でも救急車を利用するケースが散見され、問題となっているが、規模にかかわらず、4割程度が「軽症」である。また、中等症も5割弱と多い。

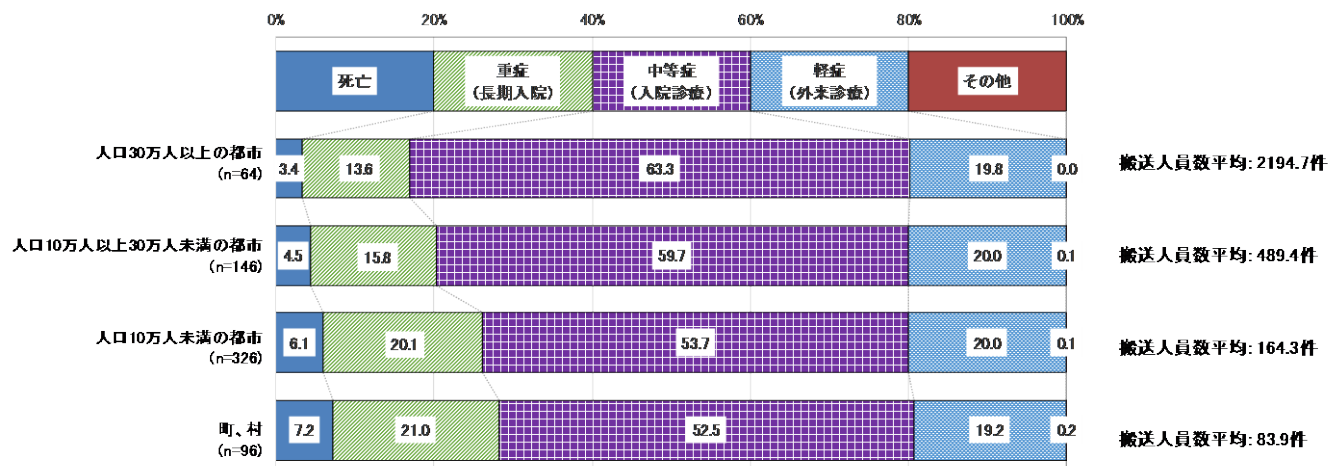
「老人ホーム」からの搬送では、規模にかかわらず、「住宅」からの搬送より、「中等症」以上の割合(「死亡」、「重症」、「中等症」)が大きく、症状の重い患者が搬送される割合が高いことが示唆される。

「住宅」、「老人ホーム」双方からの搬送で、規模が小さい市町村を管轄する消防本部ほど、「死亡」、「重症」の割合が大きい。

図表 高齢者(60歳以上)の「急病」における救急搬送人員数の傷病程度別/消防本部管轄下の最大市町村規模別 年間平均値(平成29年1月～12月)割合
事故発生場所 **“住宅”** (n=632)



図表 高齢者(60歳以上)の「急病」における救急搬送人員数の傷病程度別/消防本部管轄下の最大市町村規模別 年間平均値(平成29年1月～12月)割合
事故発生場所 **“老人ホーム”** (n=632)

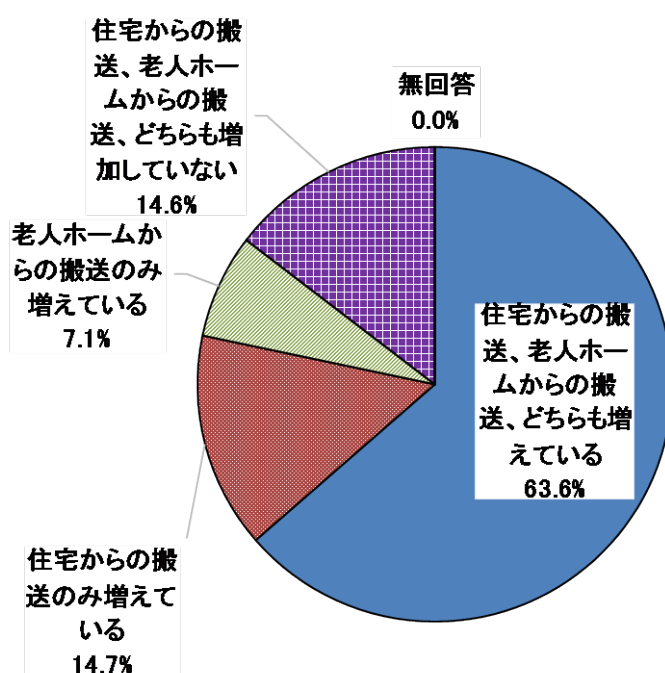


⑥ 高齢者の搬送件数の変化

事故種別「急病」の高齢者(60歳以上)搬送件数において、事故発生場所が「住宅」および「老人ホーム」である場合の搬送件数の増加の有無をたずねたところ、「住宅からの搬送、老人ホームからの搬送、どちらも増えている」(63.6%)が最も多い。

高齢化率(75歳以上)別で見ると、高齢化率が低い市町村を管轄する消防本部ほど、また、消防本部管轄下の最大市町村規模別に見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、住宅からの搬送と老人ホームからの搬送のどちらも増えていると回答している。前述のとおり、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、人口比での隊員数が少ない(P235 参照)にもかかわらず、救急隊員1人当たりの搬送件数が多く、負担が大きいことが読み取れる。

図表 事故発生場所別による高齢者(60歳以上)の搬送件数増加(n=632)

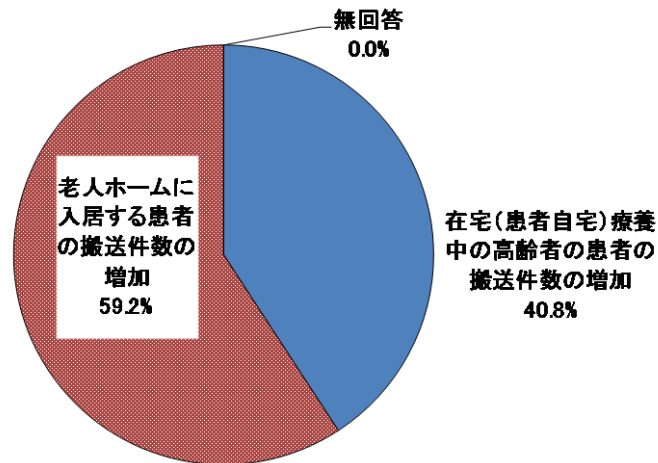


	調査数	住宅からの搬送、老人ホームからの搬送、どちらも増えている	住宅からの搬送のみ増えている	老人ホームからの搬送のみ増えている	住宅からの搬送、老人ホームからの搬送、どちらも増加していない	無回答	
全体	全体	632	63.6	14.7	7.1	14.6	0.0
高齢化率(75歳以上)別	1.20%以上	122	39.3	21.3	7.4	32.0	0.0
	2.13.8%以上20%未満	299	66.2	13.0	7.4	13.4	0.0
	3.13.8%未満	211	73.9	13.3	6.6	6.2	0.0
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	85.9	4.7	7.8	1.6	0.0
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	77.4	12.3	4.1	6.2	0.0
	3.人口10万人未満の都市	326	57.7	17.8	8.9	15.6	0.0
	4.町、村	96	47.9	14.6	5.2	32.3	0.0
					凡例		
					平均+10%		
					平均-10%		

事故種別「急病」の高齢者(60歳以上)搬送件数において、「住宅」および「老人ホーム」のどちらも搬送が「増えている」と回答した消防本部(n=402)に、「住宅」からの搬送の増加と「老人ホーム」からの搬送の増加のどちらが喫緊で解決すべき問題かをたずねたところ、「老人ホームに入居する患者の搬送件数の増加」(59.2%)、「在宅(患者自宅)療養中の高齢者の患者の搬送件数の増加」(40.8%)で、「老人ホーム」からの搬送件数の増加のほうが喫緊で解決すべき問題としている。

消防本部管轄下の最大市町村規模別に見ると、「人口10万人以上30万人未満の都市」と「人口10万人未満の都市」を管轄する消防本部においては、人口あたりの老人ホームからの救急搬送人員数がその他消防本部と変わらない(P238参照)にも関わらず、老人ホーム入居患者の搬送件数の増加のほうが喫緊で解決すべき問題であるとした比率が高い。

図表 在宅(患者自宅)療養中の患者の搬送件数増と老人ホーム入居の患者の搬送件数増：
喫緊で解決すべき問題(一つ選択)(n=402)



		調査数	在宅(患者自宅)療養中の高齢者の患者の搬送件数の増加	老人ホームに入居する患者の搬送件数の増加	無回答
全体	全体	402	40.8	59.2	0.0
高齢化率(75歳以上)別	1.20%以上	48	43.8	56.3	0.0
	2.13.8%以上20%未満	198	39.4	60.6	0.0
	3.13.8%未満	156	41.7	58.3	0.0
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	55	50.9	49.1	0.0
	2.人口10万人以上30万人未満の都市	113	35.4	64.6	0.0
	3.人口10万人未満の都市	188	39.4	60.6	0.0
	4.町、村	46	47.8	52.2	0.0

凡例
平均+10%
平均-10%

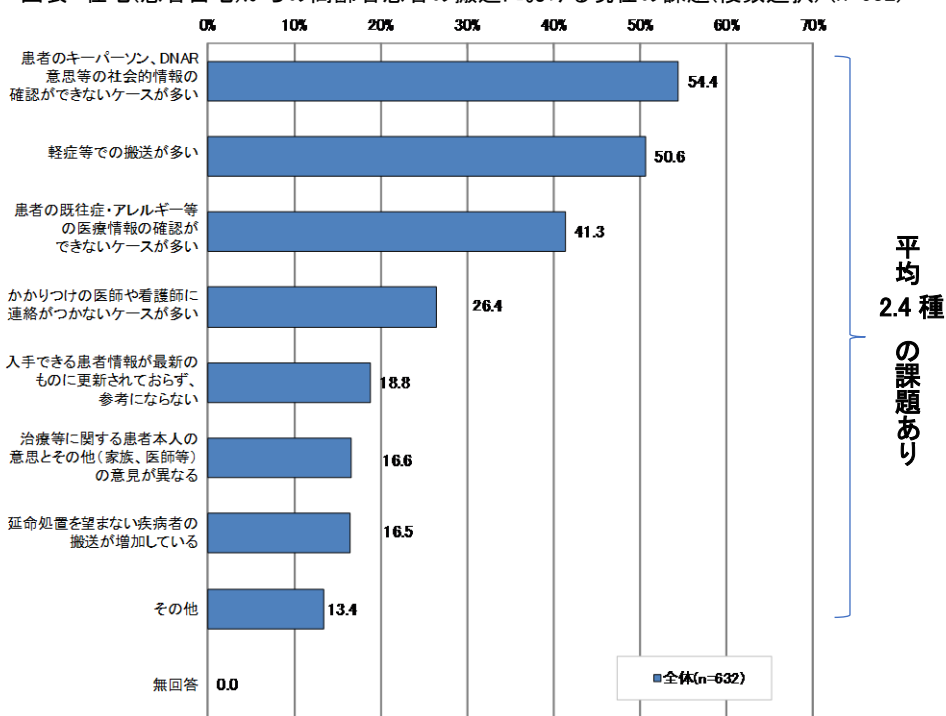
⑦ 救急搬送における現在の課題

○「住宅」からの高齢者患者の搬送における現在の課題

「住宅」からの高齢者患者の搬送における現在の課題についてたずねたところ、「患者のキーパーソン、DNAR 意思等の社会的情報の確認ができないケースが多い」(54.4%)、「軽症等での搬送が多い」(50.8%)、「患者の既往症・アレルギー等の医療情報の確認ができないケースが多い」(41.3%)と続き、患者情報が確認できないことや軽症の搬送が多いことを課題とした消防本部が多い。

また、消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、「かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースが多い」としている。

図表 在宅(患者自宅)からの高齢者患者の搬送における現在の課題(複数選択)(n=632)



【「その他」回答詳細】

- ・課題はない
- ・独居・高齢者世帯のため情報聴取が困難なケースがある
- ・家族に連絡がつかないケースがある
- ・DNARに関する法の未整備等で対応に苦慮するケースがある
- ・情報収集の困難化で収容までの時間が長くなっている
- ・搬入先病院の選定が困難になっている 等

	調査数	患者のキーパーソン、DNAR意思等の社会的情報の確認ができないケースが多い	軽症等での搬送が多い	患者の既往症・アレルギー等の医療情報の確認ができないケースが多い	かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースが多い	入手できる患者情報が最新のものに更新されておらず、参考にならない	治療等に関する患者本人の意思とその他(家族、医師等)の意見が異なる	延命処置を望まない疾病者の搬送が増加している	その他	無回答
全体	632	54.4	50.6	41.3	26.4	18.8	16.6	16.5	13.4	0.0
1.人口30万人以上の標準市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	56.3	40.6	35.9	40.6	18.8	23.4	21.9	28.1	0.0
2.人口130万人未満10万人以上の標準市	146	63.0	55.5	39.0	30.8	22.6	16.4	24.0	11.0	0.0
3.人口10万人未満の標準市	326	54.9	49.4	44.2	24.5	18.7	15.3	13.8	10.4	0.0
4.町、村	96	38.5	54.2	38.5	16.7	13.5	16.7	10.4	17.7	0.0

凡例
平均+10%
平均-10%

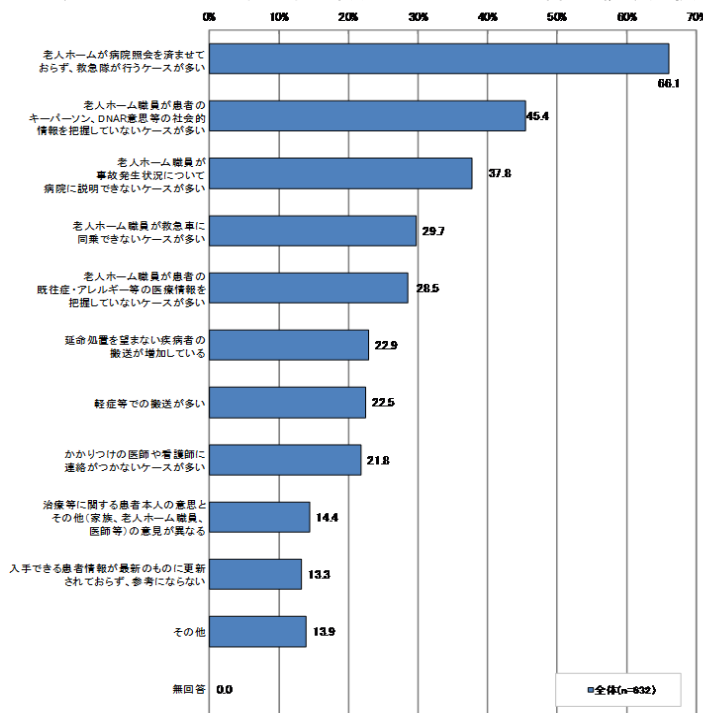
○老人ホーム入居患者の搬送における現在の課題

老人ホーム入居患者の搬送における現在の課題についてたずねたところ、「老人ホームが病院照会を済ませておらず、救急隊が行うケースが多い」(66.1%)の割合が最も高く、「老人ホーム職員が患者のキーパーソン、DNAR 意思等の社会的情報を把握していないケースが多い」(45.4%)、「老人ホーム職員が事故発生状況について病院に説明できないケースが多い」(37.8%)、と続き、老人ホーム職員の対応を課題とした消防本部が多い。

高齢者率(75歳以上)別に見ると、高齢化率が高い市町村を管轄する消防本部ほど、「老人ホーム職員が救急車に同乗できないケースが多い」点を課題に挙げているが、介護サービスに従事する従業員の不足感は直近4年で連続して増加しており、高齢化率が高いと「急病」高齢者の搬送が多くなる(P238 参照)一方で、老人ホーム職員においてもマンパワー不足を感じている傾向にある。

消防本部管轄下の最大市町村規模別に見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部の方が、規模が小さい市町村を管轄する消防本部より概ね全ての項目で数値が高く、特に、「老人ホーム職員が救急車に同乗できないケースが多い」、「かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースが多い」、「延命処置を望まない疾病者の搬送が増加している」等の点に課題があると感じている。

図表 老人ホーム入居患者の搬送における現在の課題(複数選択)(n=632)



【「その他」回答詳細】

- ・ 課題はない
- ・ 発症から要請までの時間が長いケースがある
- ・ 施設側で適切な応急処置を実施していないケースがある
- ・ DNAR に関する法の未整備等で対応に苦慮するケースがある
- ・ 夜間時に患者情報収集に困難なケースがある
- ・ 施設側車両が使用可の状態通報するケースがある 等

調査数	老人ホームが病院照会を済ませておらず、救急隊が行うケースが多い	老人ホーム職員が患者のキーパーソン、DNAR意思等の社会的情報を把握していないケースが多い	老人ホーム職員が事故発生状況について病院に説明できないケースが多い	老人ホーム職員が救急車に同乗できないケースが多い	老人ホーム職員が患者の既往症・アレルギー等の医療情報を把握していないケースが多い	延命処置を望まない疾病者の搬送が増加している	軽症等での搬送が多い	かかりつけの医師や看護師に連絡がつかないケースが多い	治療等に関する患者本人の意思とその他(家族、老人ホーム職員、医師等)の意見が異なる	入手できる患者情報が最新のものに更新されておらず、参考にならない	その他	無回答	
全体	632	66.1	45.4	37.8	29.7	28.5	22.9	22.5	21.8	14.4	13.3	13.9	0.0
高齢化率(75歳以上)別													
1.20%以上	122	83.1	22.8	29.5	18.8	22.1	14.8	20.5	10.2	13.1	7.8	13.9	0.0
2.13.8%以上20%未満	295	62.5	47.8	38.8	23.7	26.8	22.1	19.4	20.4	12.0	11.7	14.4	0.0
3.13.8%未満	211	73.0	52.1	41.2	44.5	31.8	28.9	28.0	30.3	18.5	19.0	13.3	0.0
消防本部管轄下の最大市町村規模別													
1.人口30万人以上の都市(東京都港区、歌川町定都市含む)	64	67.2	51.6	40.6	53.1	31.3	37.5	28.1	39.1	21.9	17.2	15.6	0.0
2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	70.5	58.9	47.3	32.9	39.7	28.8	26.7	30.8	18.5	19.2	10.3	0.0
3.人口10万人未満の都市	328	67.5	43.3	35.9	28.7	25.2	18.4	20.2	17.8	11.0	12.0	13.5	0.0
4.町、村	98	54.2	28.1	28.1	19.8	20.8	19.8	19.8	10.4	14.8	8.3	19.8	0.0

凡例
平均+10%
平均-10%

4 介護労働安定センター「介護労働実態調査(平成29年度)」結果より

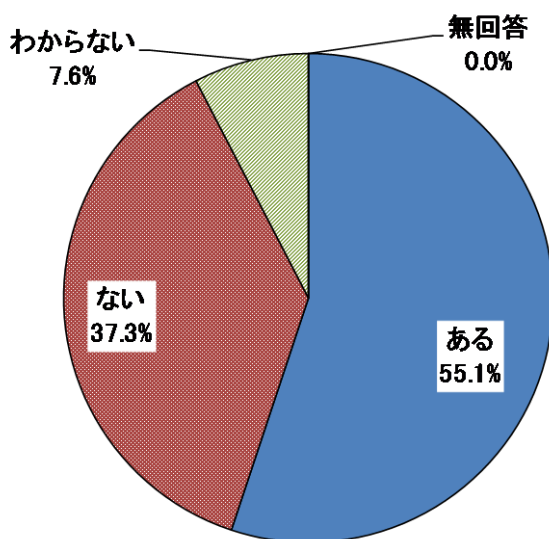
(3)在宅医療・救急医療連携についての協議の場(検討会等)について

① 協議の場(検討会等)の有無について

各消防本部が管轄する市町村に「在宅医療・救急医療連携についての協議の場(検討会等)」があるか(以下、「在宅医療・救急医療の連携について協議する場(検討会等)の有無別」という)たずねたところ、「ある」(55.1%)、「ない」(37.3%)、「わからない」(7.6%)、の順で、約半数の消防本部の管轄下では、全域もしくは一部の市町村にて、在宅医療・救急医療連携についての協議の場(検討会等)が設置されている。

消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模が小さい市町村を管轄する消防本部ほど、在宅医療・救急医療の連携について協議をする場が設定されていない。

図表 自治体や医師会等主催の「在宅医療・救急医療連携」に関する検討会(一つ選択)(n=632)



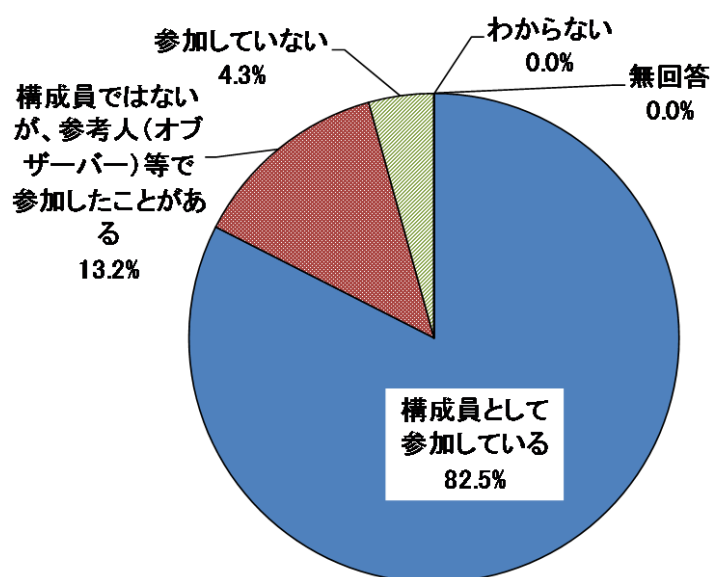
	調査数	割合				
		ある	ない	わからない	無回答	
全体	632	55.1	37.3	7.6	0.0	
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	67.2	25.0	7.8	0.0
	2.人口30万人未満10万人以上の都市	146	60.3	30.8	8.9	0.0
	3.人口10万人未満の都市	326	55.8	38.0	6.1	0.0
	4.町、村	96	36.5	53.1	10.4	0.0

凡例
平均+10%
平均-10%

② 協議の場(検討会等)への参加状況

各消防本部が管轄する市町村において、「在宅医療・救急医療連携の協議の場(検討会等)」が「ある」と回答した消防本部(n=348)に、当該協議の場(検討会等)に消防として参加しているかをたずねたところ、「構成員として参加している」(82.5%)、「構成員ではないが、参考人(オブザーバー)等で参加したことがある」(13.2%)、「参加していない」(4.3%)、の順で、在宅医療・救急医療連携の協議の場が作られている場合、9割程度の消防本部が何らかの形で当該協議の場に参加している。

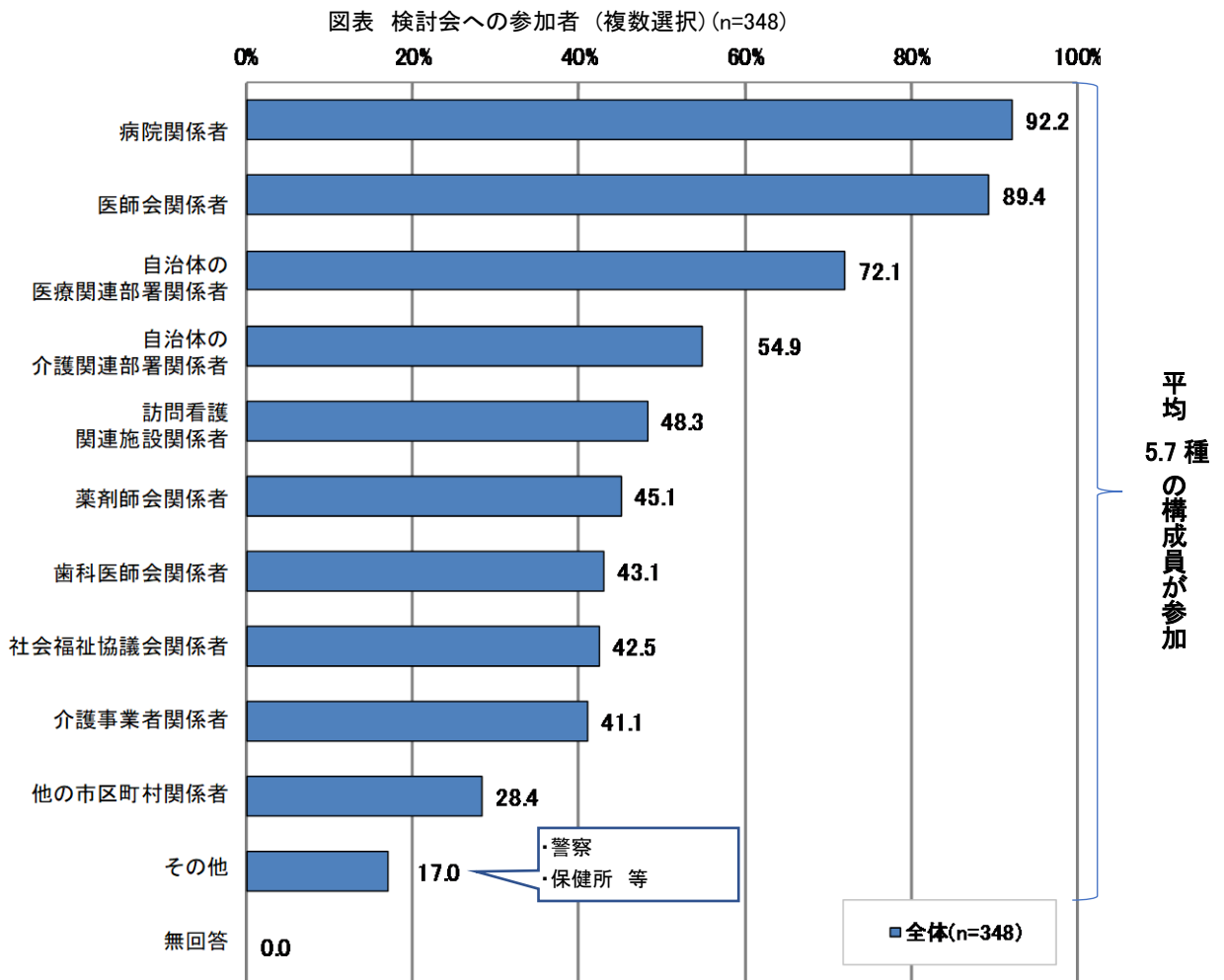
図表 消防としての検討会への参加状況 (一つ選択) (n=348)



③ 協議の場(検討会等)への参加者

各消防本部が管轄する市町村において「在宅医療・救急医療連携の協議の場(検討会等)」が「ある」と回答した消防本部(n=348)に、当該協議の場(検討会等)にどのような構成員が参加しているかたずねたところ、「病院関係者」(92.2%)の割合が最も高く、次いで「医師会関係者」(89.4%)、次いで「自治体の医療関連部署関係者」(72.1%)で、「その他」を含む11種の構成員区分のうち、1地域あたり平均約6種の構成員が参加している。

消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、「町、村」の場合は、「医師会関係者」、「歯科医師会関係者」、「訪問看護関連施設関係者」等の医療関係者の参加が低い傾向にある。「在宅医療・救急医療連携セミナー」参加の規模が小さい地域からは、自治体職員の意見として、医師会や歯科医師会が複数の市町村を担当しており連携が取りづらいことや、地域内の訪問看護ステーションがばらばらに動いており、取りまとめる組織体が存在しないため連携しづらい等の意見が挙げられる。



	調査数	病院関係者	医師会関係者	自治体の医療関連部署関係者	自治体の介護関連部署関係者	訪問看護関連施設関係者	薬剤師会関係者	歯科医師会関係者	社会福祉協議会関係者	介護事業者関係者	他の市区町村関係者	その他	無回答
全体	348	92.2	89.4	72.1	54.9	48.3	45.1	43.1	42.5	41.1	28.4	17.0	0.0
1人口30万人以上の都市(東京都区市、政令指定都市含む)	43	81.4	88.0	79.1	53.5	41.9	41.9	44.2	37.2	37.2	14.0	16.3	0.0
2人口10万人未満10万人以上の都市	88	96.6	94.3	80.7	52.3	51.1	50.0	44.3	50.0	22.7	15.9	0.0	凡例
3人口10万人未満の都市	182	92.9	92.9	68.1	55.5	50.5	44.5	42.3	43.4	39.6	36.3	15.9	0.0
4町、村	35	91.4	62.9	62.9	60.0	37.1	40.0	28.6	40.0	31.4	20.0	25.7	0.0

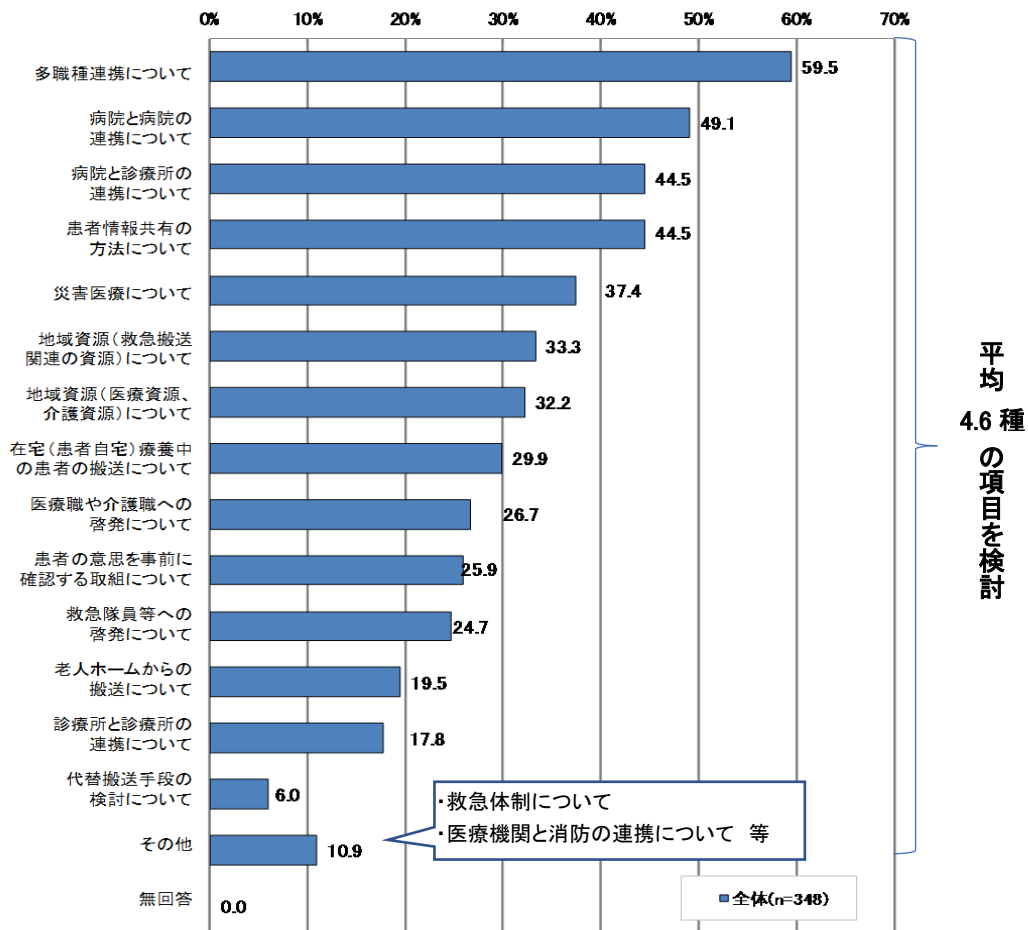
平均+10%
平均-10%

④ 協議の場(検討会等)での検討内容

各消防本部が管轄する市町村において、「在宅医療・救急医療連携の協議の場(検討会等)」が「ある」と回答した消防本部(n=348)に、当該協議の場(検討会等)でどのような検討をしているかたずねたところ、「多職種連携について」(59.5%)の割合が最も高く、「病院と病院の連携について」(49.1%)、「病院と診療所の連携について」(44.5%)、「患者情報共有の方法について」(44.5%)、で、「その他」を含む15種の検討項目のうち、1地域あたり平均約5種の内容を検討している。

消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、「町、村」においては、「病院と病院の連携について」や、「病院と診療所の連携」について検討されていない傾向にある。

図表 協議会での検討内容(複数選択)(n=348)



	調査数	多職種連携について	病院と病院の連携について	病院と診療所の連携について	患者情報共有の方法について	災害医療について	地域資源(救急搬送関連の資源)について	地域資源(医療資源、介護資源)について	在宅(患者自宅)療養中の患者の搬送について	無回答
全体	348	59.5	49.1	44.5	44.5	37.4	33.3	32.2	29.9	
人口分類別(各消防本部が管轄する市町村で最大の市町村を基準に分類)										
1.人口30万人以上の都市	43	53.5	44.2	44.2	51.2	30.2	41.9	30.2	27.9	
2.人口30万人未満10万人以上の都市	88	60.2	58.0	52.3	39.8	38.6	31.8	29.5	30.7	
3.人口10万人未満の都市	182	58.2	48.4	43.4	44.0	40.1	31.9	33.0	30.8	
4.町、村	35	71.4	37.1	31.4	51.4	28.6	34.3	37.1	25.7	
	調査数	医療職や介護職への啓発について	患者の意思を事前に確認する取組について	救急隊員等への啓発について	老人ホームからの搬送について	診療所と診療所の連携について	代替搬送手段の検討について	その他	無回答	
全体	348	26.7	25.9	24.7	19.5	17.8	6.0	10.9	0.0	
人口分類別(各消防本部が管轄する市町村で最大の市町村を基準に分類)										
1.人口30万人以上の都市	43	27.9	32.6	11.6	20.9	20.9	9.3	4.7	0.0	
2.人口30万人未満10万人以上の都市	88	21.6	25.0	25.0	19.3	23.9	6.8	10.2	0.0	
3.人口10万人未満の都市	182	29.7	23.1	30.2	18.1	14.8	6.0	13.7	0.0	
4.町、村	35	22.9	34.3	11.4	25.7	14.3	0.0	5.7	0.0	

凡例
平均+10%
平均-10%

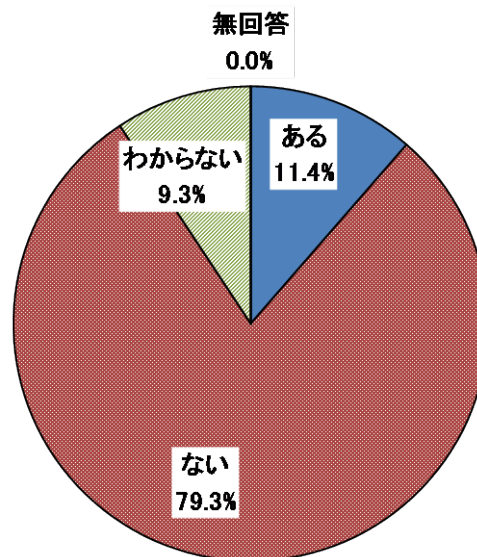
(4)患者の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組に関する協議の場(検討会等)について

① 協議の場(検討会等)の有無

各消防本部が管轄する市町村に「救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組についての協議の場(検討会等)」があるかたずねたところ(以下、「救急搬送される患者の意思を事前に確認する取組についての協議の場(検討会等)の有無別」という)、「ない」(79.3%)の割合が最も高く、約 8 割程度の消防本部の管轄下では、患者の意思を事前確認する取組の協議の場が設置されていない。

なお、消防本部管轄下の最大市町村規模別に見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、管轄する市町村に救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組について協議をする場があるが、最も割合が高かった「人口 30 万人以上の都市」でも、2 割を下回る。

図表 救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組に関する検討会(一つ選択) (n=632)

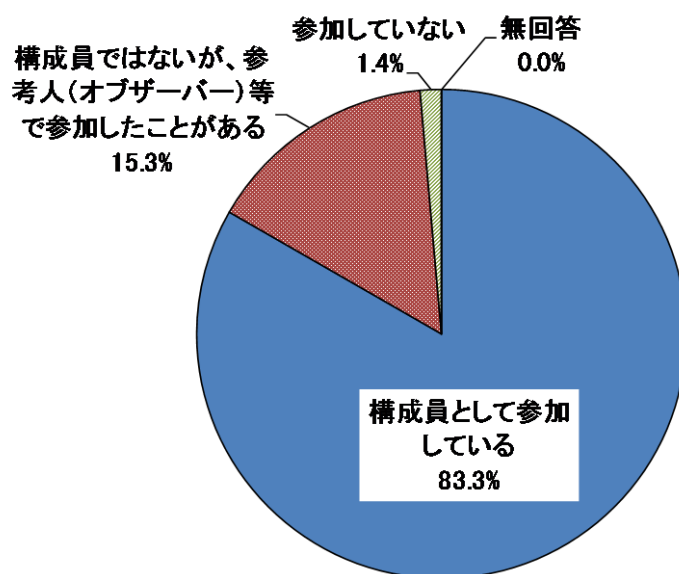


		調査数	ある	ない	わからない	無回答	
全体	全体	632	11.4	79.3	9.3	0.0	
消防本部管轄下の最大市町村規模別	1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	64	17.2	65.6	17.2	0.0	
	2.人口10万人以上30万人未満の都市	146	14.4	77.4	8.2	0.0	凡例
	3.人口10万人未満の都市	326	10.4	82.2	7.4	0.0	平均+10%
	4.町、村	96	6.3	81.3	12.5	0.0	平均-10%

② 協議の場(検討会等)への参加状況

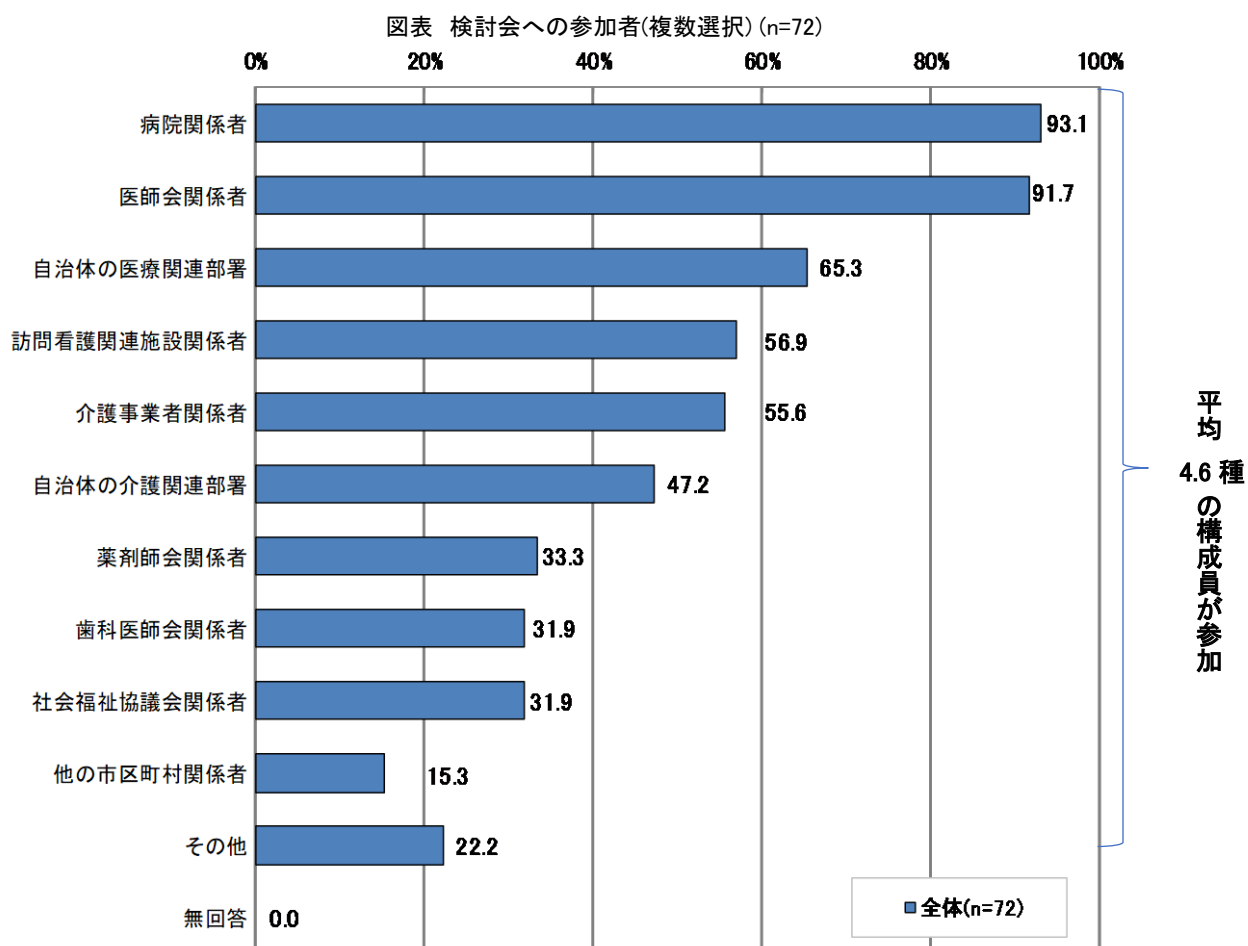
各消防本部が管轄する市町村において、「救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組について協議の場(検討会等)」が「ある」と回答した消防本部(n=72)に、当該協議の場(検討会等)に消防として参加しているかをたずねたところ、「構成員として参加している」(83.3%)、「構成員ではないが、参考人(オブザーバー)等で参加したことがある」(15.3%)、「参加していない」(1.4%)、となり、救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組について協議の場が作られている場合、9割強の消防本部が何らかの形で当該協議の場に参加している。

図表 消防としての検討会への参加状況 (一つ選択) (n=72)



③ 協議の場(検討会等)への参加者

各消防本部が管轄する市町村において、「救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組について協議の場(検討会等)」が「ある」と回答した消防本部(n=72)に、当該協議の場(検討会等)への参加者をたずねたところ、「病院関係者」(93.1%)、「医師会関係者」(91.7%)、「自治体の医療関連部署」(65.3%)、「訪問看護関連施設関係者」(56.9%)、「介護事業者関係者」(55.6%)と続き、「その他」を含む11種の構成員区分のうち、1地域あたり平均約5種の構成員が参加している。



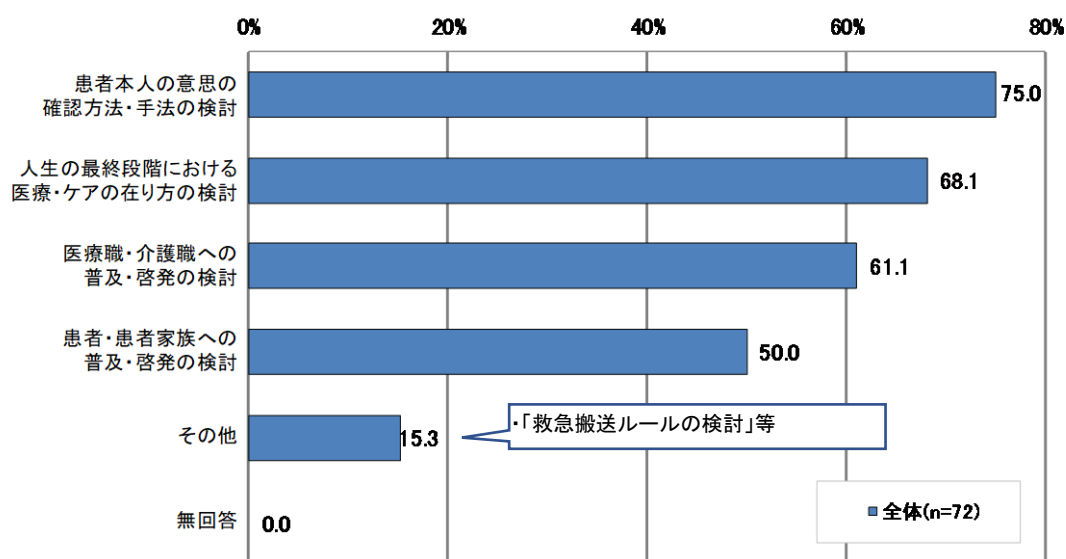
【「その他」 回答詳細】

- ・ 弁護士等法律関係者
- ・ 警察
- ・ 保健所関係者
- ・ 消防関係者
- ・ MC 医師
- ・ 高齢者福祉協議会 等

④ 協議の場(検討会等)での検討内容

各消防本部が管轄する市町村において、「救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組について協議の場(検討会等)」が「ある」と回答した消防本部(n=72)に、当該協議の場での検討内容をたずねたところ、「患者本人の意思の確認方法・手法の検討」(75.0%)、「人生の最終段階における医療・ケアの在り方の検討」(68.1%)、「医療職・介護職への普及・啓発の検討」(61.1%)、「患者・患者家族への普及・啓発の検討」(50.0%)と続く。

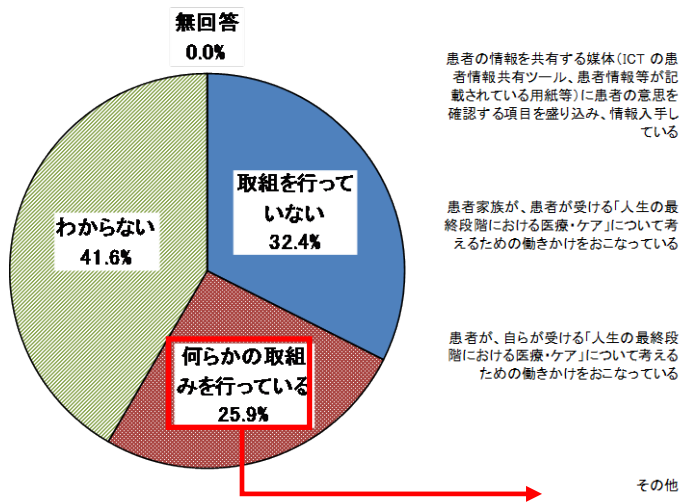
図表 協議会での検討内容(複数選択) (n=72)



⑤ 救急搬送される前に患者の意思を事前に確認する取組で実際に取り組んでいる事柄

救急搬送される前に患者の意思を事前に確認する取組について、実際に取り組んでいるかをたずねたところ、「わからない」(41.6%)の割合が最も高く、「取組を行っていない」(32.4%)、「何らかの取組を行っている」(25.9%)である。検討をしている場合であっても、どの項目も10%未満と数値が高くなく、全国的に取り組みは進んでいないが、救急搬送前に患者の意思を事前確認する取組についての協議の場(検討会等)がある市町村については、取り組みが進んでいる。

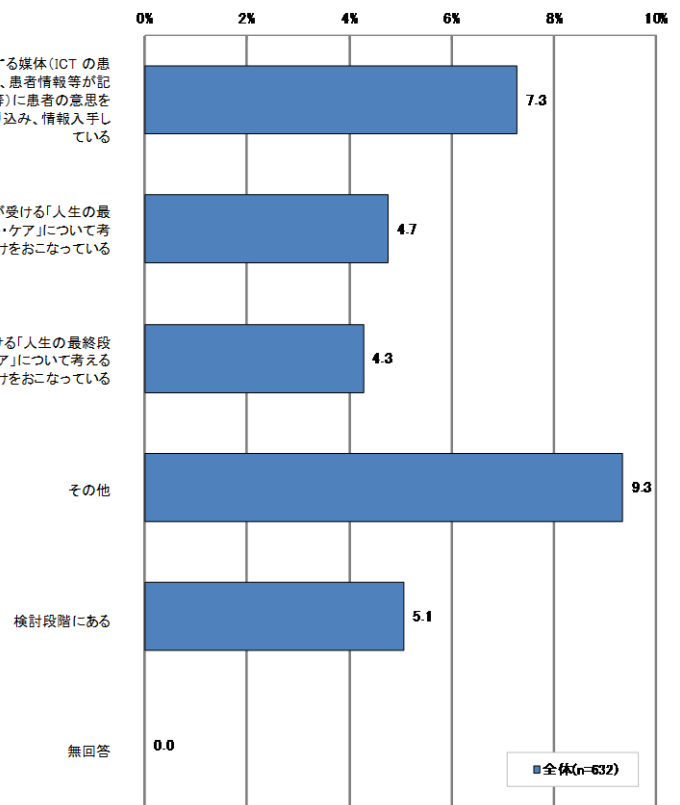
図表 患者の病状急変時に患者本人の意思に沿わない救急搬送を行わないための取組状況(n=632)



【「その他」回答詳細】

- ・ 「救急対応時に DNAR を確認している
- ・ 「救急講習会で働きかけをしている
- ・ 「DNAR 対応に関する方針やプロトコルを作成している
- ・ 「福祉施設に DNAR に関する情報提供を働きかけている
- ・ 「DNAR があっても要請があれば搬送する
- ・ 「DNAR に関するシンポジウム等を開催している
- ・ 「DNAR 対応に関する研修を実施している
- ・ 「福祉施設側の用意した用紙等で DNAR を確認している 等

図表 患者の病状急変時に患者本人の意思に沿わない救急搬送を行わないための取組内容(n=632)



	調査数	患者の情報を共有する媒体 (ICT の患者情報共有ツール、患者情報等が記載されている用紙等) に患者の意思を確認する項目を盛り込み、情報入手している	患者家族が、患者が受ける「人生の最終段階における医療・ケア」について考えるための働きかけをおこなっている	患者が、自らが受ける「人生の最終段階における医療・ケア」について考えるための働きかけをおこなっている	その他	検討段階にある	無回答	凡例
全体	164	28.0	18.3	16.5	36.0	19.5	0.0	
救急搬送される患者の意思を事前に確認する取組についての協議の場(検討会等)の有無別								
1 あり	72	19.4	18.1	20.8	18.1	23.6	0.0	平均+10%
2 ない	501	5.2	3.4	2.2	8.6	2.8	0.0	平均-10%
3 わからない	59	10.2	0.0	1.7	5.1	1.7	0.0	

(5)救急搬送時の患者情報連携について

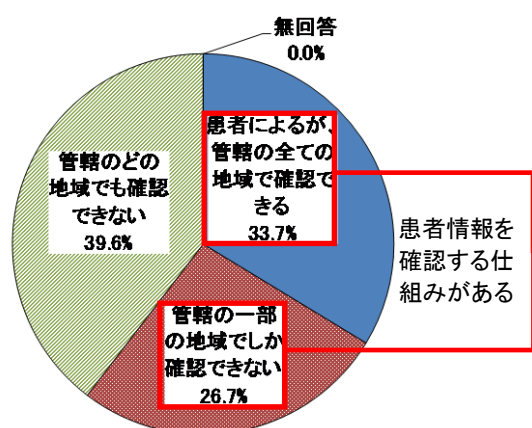
① 救急搬送時において患者情報が確認できる仕組みの有無

救急搬送時に消防隊員が患者情報を確認できる仕組みがあるかたずねたところ、「管轄のどの地域でも確認できない」(39.6%)、「患者によるが、管轄の全ての地域で確認できる」(33.7%)、「管轄の一部の地域でしか確認できない」(26.7%)で、6割程度の消防本部が救急搬送時に何らかの形で患者情報の確認ができる仕組みがある。

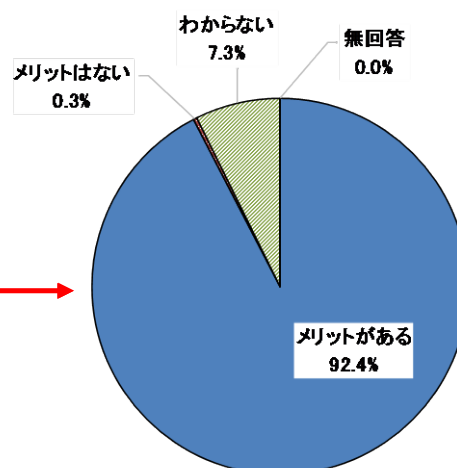
仕組みがある地域においては、うち92.4%が、救急搬送時に消防隊員が患者情報を確認できることで「メリットがある」と回答している。

救急搬送される患者の意思を事前に確認する取組についての協議の場(検討会等)の有無別で見ると、協議の場(検討会等)が「ない」とした場合、救急搬送時における患者情報を「管轄のどの地域でも確認できない」とした消防本部が多い傾向にあった。

図表 在宅療養中や老人ホーム入居の患者情報を救急搬送時に消防隊員が確認できる仕組み(一つ選択) (n=632)



図表 患者情報を確認できることについてのメリットの有無(一つ選択) (n=382)



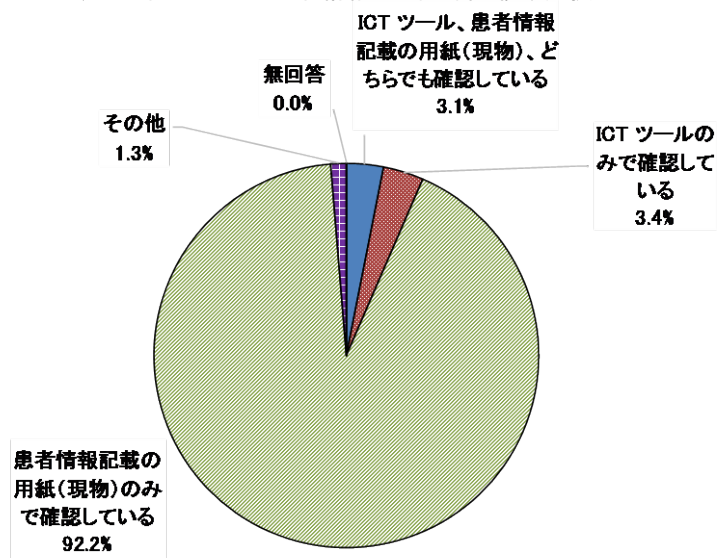
		調査数	患者情報を確認できる仕組みがある	管轄のどの地域でも確認できない	無回答	
全体	全体	632	60.4	39.6	0.0	凡例
在宅医療・救急医療の連携について	1.ある	348	67.5	32.5	0.0	平均+10%
協議する場(検討会等)の有無別	2.ない	236	47.5	52.5	0.0	平均-10%

② 患者情報確認の媒体

救急搬送時に消防隊員が患者情報を確認できる仕組みがあると回答した消防本部(n=382)に、どのような媒体で患者情報を確認しているかたずねたところ、「患者情報等が記載されている用紙(現物)のみで確認している」(92.2%)の割合が最も高く、ICTの利用は僅かである(「ICT ツールのみで確認している」(3.4%)、「ICT ツール、患者情報記載の用紙(現物)、どちらでも確認している」(3.1%))。

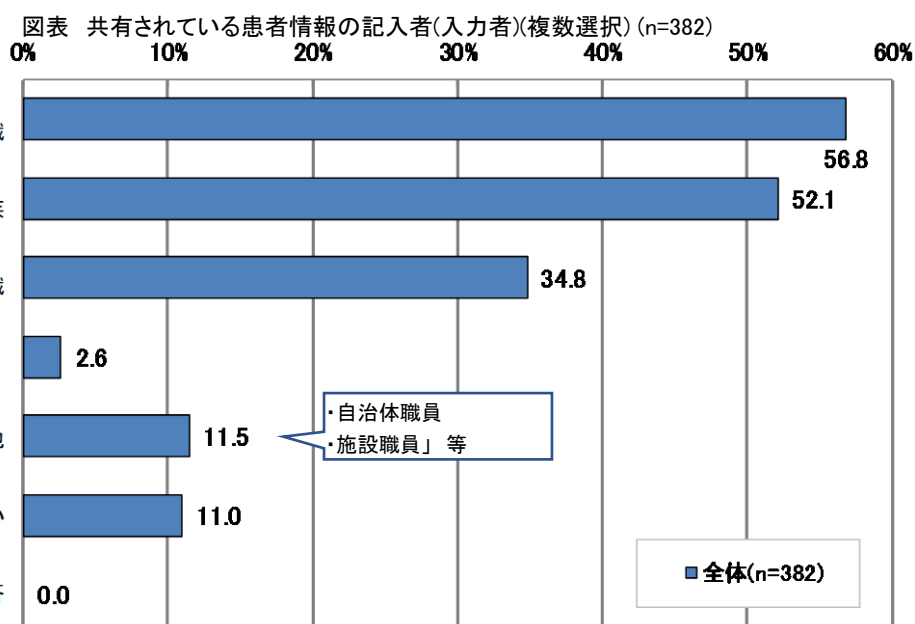
なお、消防本部管轄下の最大市町村規模別では、差が見られなかった。

図表 共有されている患者情報の確認媒体(複数選択)(n=382)



③ 患者情報の記入者

救急搬送時に消防隊員が患者情報を確認できる仕組みがあると回答した消防本部(n=382)に、患者情報の記入者についてたずねたところ、「介護職」(56.8%)、「患者本人・患者家族」(52.1%)の割合が高かった。



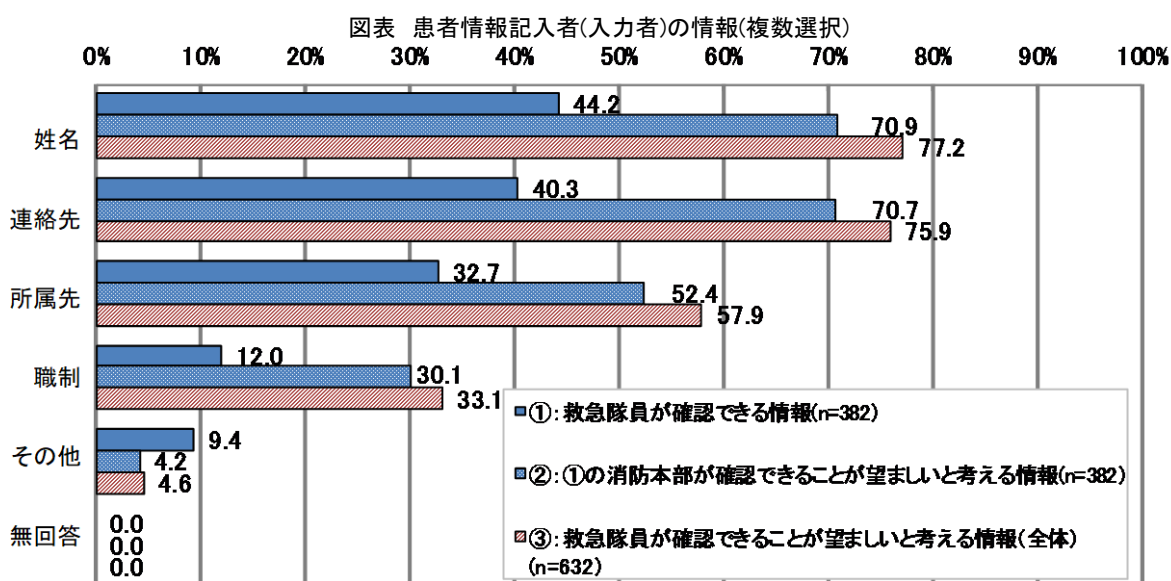
④ 実際に確認できる患者情報と、確認できることが望ましい患者情報の比較

※以下、救急搬送時に患者情報を確認できる消防本部(n=382)が実際に確認できる情報を①、それらの消防本部が確認できると望ましいと考えられる情報を②、回答者全体(n=632)において確認できると望ましいと考えられる情報を③として分類している。

○患者情報記入者(入力者)の情報 (複数選択)

患者情報記入者について、実際に消防本部が救急搬送時に確認できる患者情報と、消防本部が確認できることが望ましいと考える情報を比較すると、以下の通りである。

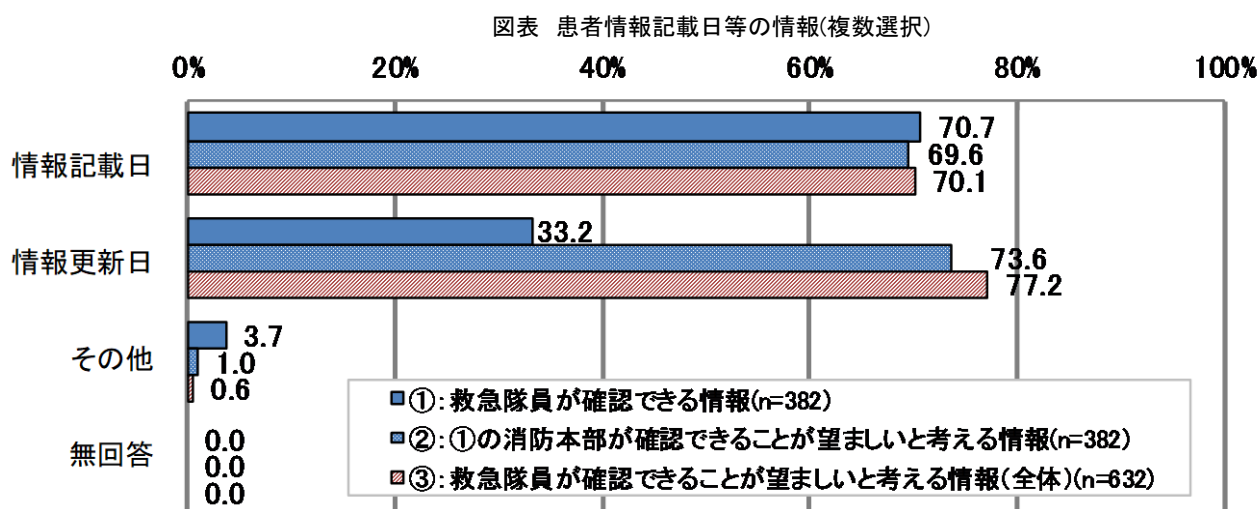
多くの項目において搬送時に確認できることが望ましいと考える消防本部が多い一方で、実際に確認できているケースが少ないことが読み取れる。



○患者情報記載日等の情報 (複数選択)

患者情報記載日等の情報について、実際に消防本部が救急搬送時に確認できる患者情報と、消防本部が確認できることが望ましいと考える情報を比較すると、以下の通りである。

情報を起票した「情報記載日」は、確認できることが望ましいと考えられており、かつ実際に確認できているが、「情報更新日」については、確認できることが望ましいと考えられている一方、実際に確認できているケースが少ないことが分かった。

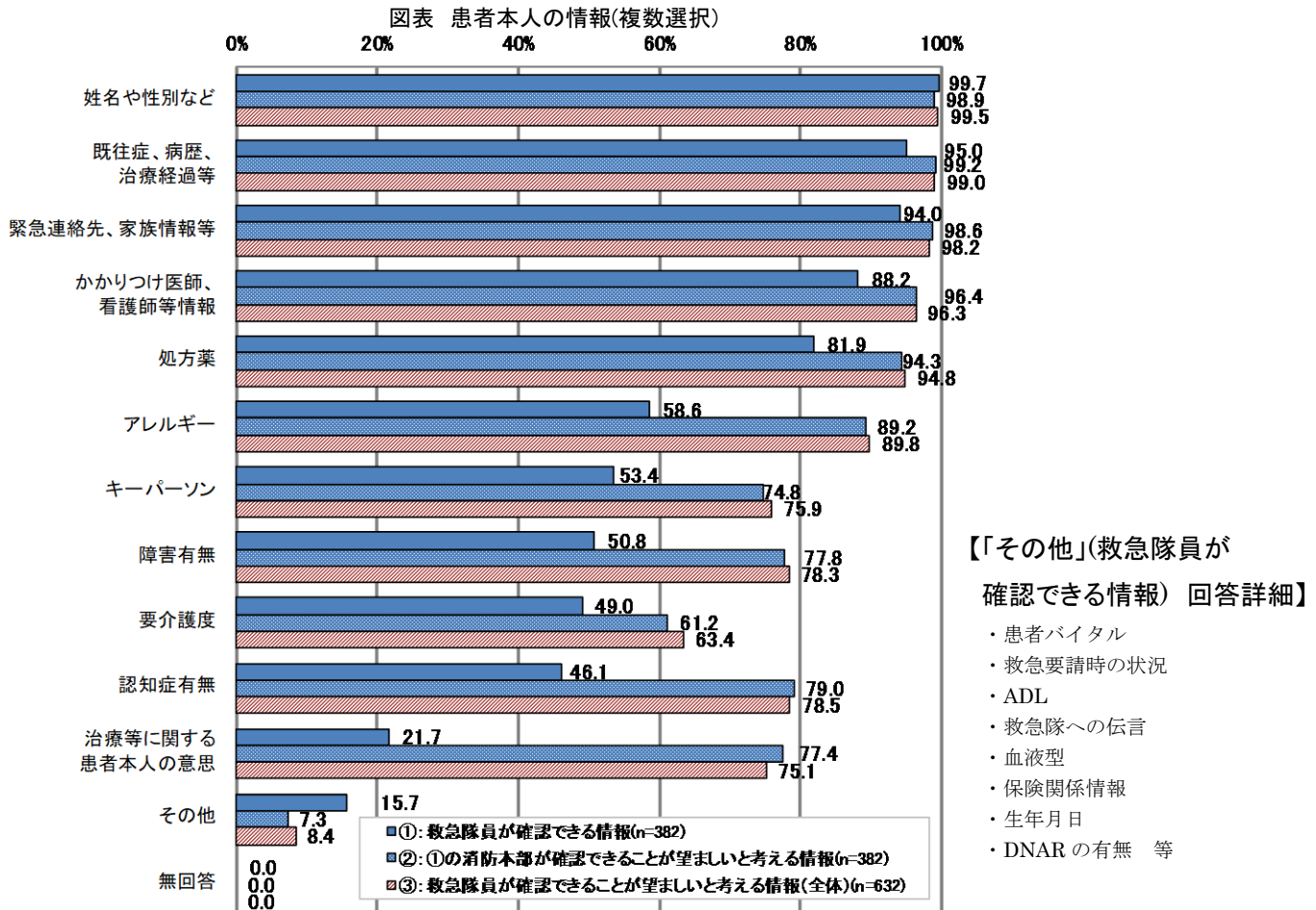


○患者本人の情報（複数選択）

患者本人の情報について、実際に消防本部が救急搬送時に確認できる患者情報と、消防本部が確認できることが望ましいと考える情報を比較すると、以下の通りである。

「姓名や性別」、「既往症、病歴、治療経過等」、「緊急連絡先、家族情報」等については、確認できることが望ましいと考えられており、かつ実際に確認できている。

一方、「アレルギー」、「キーパーソン」、「障害有無」、「認知症有無」、「治療等に関する患者本人の意思」については、確認できることが望ましいとする比率が高いものの、実際に確認できている比率が低い。特に、「治療等に関する患者本人の意思」についてはその差が大きいが、救急搬送される患者の意思を事前に確認する取組についての協議の場(検討会等)の有無別に見ると、協議の場(検討会等)が「ある」とした消防本部管下の市町村のほうが、実際に情報を確認できていた。



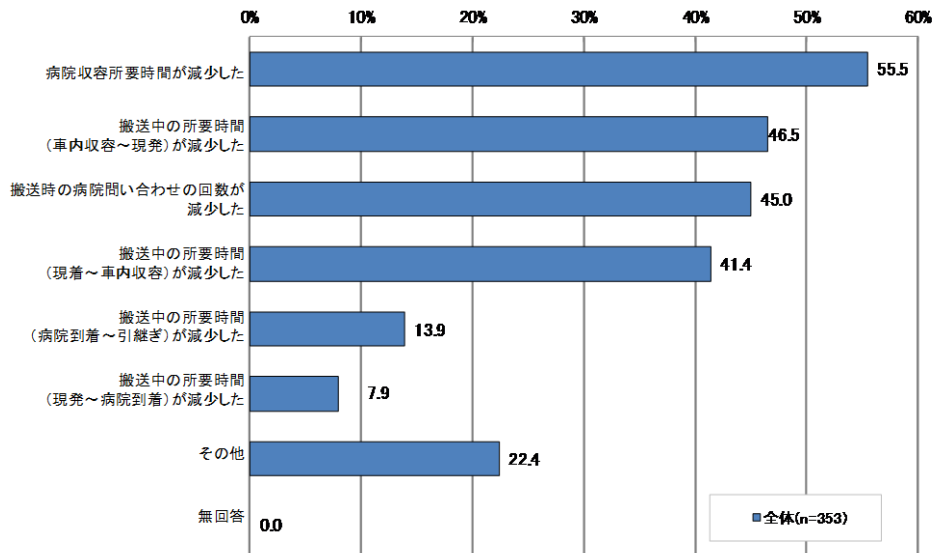
		調査数	治療等に関する患者本人の意思	
全体	全体	382	21.7	
救急搬送される患者の意思を事前に確認する取組についての協議の場(検	1.ある	50	36.0	凡例
	2.ない	297	19.2	平均+10%
				平均-10%

⑤ 救急搬送時に患者情報を確認できることのメリット

救急搬送時に患者情報を確認できることに「メリットがある」と回答した消防本部(n=353)にメリットの内容をたずねたところ、「病院収容所要時間が減少した」(55.5%)の割合が最も高く、「搬送中の所要時間(車内収容～現発)が減少した」(46.5%)、「搬送時の病院問い合わせの回数が減少した」(45.0%)、「搬送中の所要時間(現着～車内収容)が減少した」(41.4%)、と続き、より効率的な救急搬送に効果があることが確認できた。

なお、消防本部管轄下の最大市町村規模別で見ると、規模が大きい市町村を管轄する消防本部ほど、「搬送中の所要時間(車内収容～現発)が減少した」と回答している。在宅医療・救急医療連携においての先進取組地域でも、車内収容から現発の間で、搬送先病院を選定する際、患者のかかりつけの病院をスムーズに確認できることで、時間短縮ができるという声が聞かれるが、特に搬送先として複数の病院が候補に挙がる大都市圏では、この効果が大きいことがうかがえる。

図表 救急搬送時に患者情報を確認できることのメリット詳細(複数選択)(n=353)



【「その他」回答詳細】

- ・搬送に必要な情報取得が短縮できる
- ・搬送先への情報提供が円滑にできる
- ・搬送先の選定・収容依頼が円滑にできる
- ・既往症・かかりつけ医の情報が取得できる
- ・現場での処置が円滑にできる
- ・家族・関係者への連絡が容易にできる
- ・独居等意思疎通が困難な患者の情報が取得できる 等

消防本部管轄下の最大市町村規模別	調査数	病院収容所要時間が減少した	搬送中の所要時間(車内収容～現発)が減少した	搬送時の病院問い合わせの回数が減少した	搬送中の所要時間(現着～車内収容)が減少した	搬送中の所要時間(病院到着～引継ぎ)が減少した	搬送中の所要時間(現発～病院到着)が減少した	その他	無回答	凡例	
										平均+10%	平均-10%
1.人口30万人以上の都市(東京都区部、政令指定都市含む)	36	55.6	52.8	44.4	41.7	16.7	2.8	27.8	0.0		
2.人口30万人未満10万人以上の都市	88	61.4	48.9	52.3	40.9	21.6	13.6	22.7	0.0		
3.人口10万人未満の都市	184	52.7	45.1	41.8	42.9	10.3	6.5	19.6	0.0		
4.町、村	45	55.6	42.2	44.4	35.6	11.1	6.7	28.9	0.0		

VII. 附属資料

1. 在宅医療・救急医療連携セミナー(第1部)資料

行政説明:「在宅医療・救急医療に関する最近の動向」(厚生労働省医政局地域医療計画課)

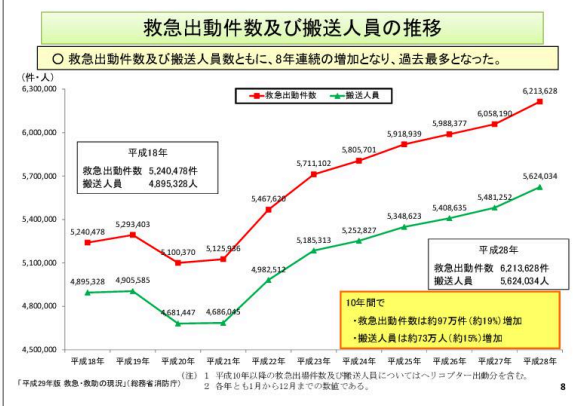
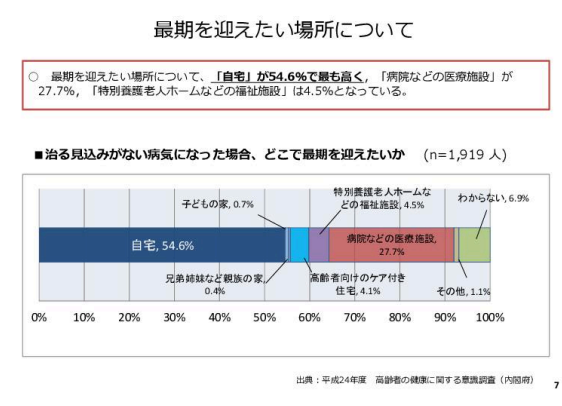
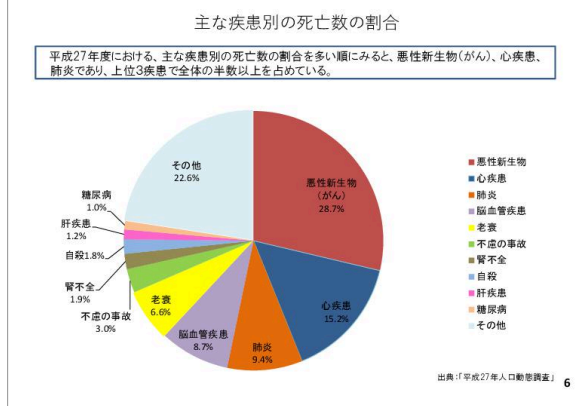
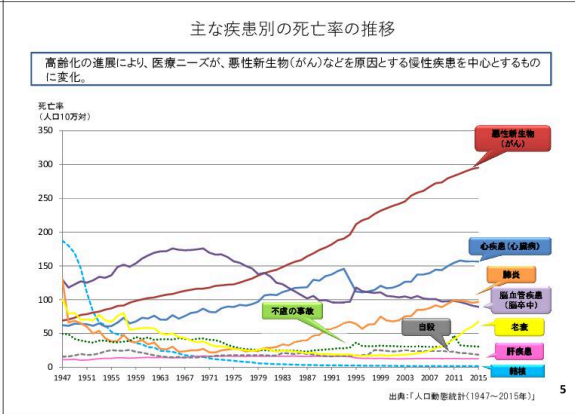
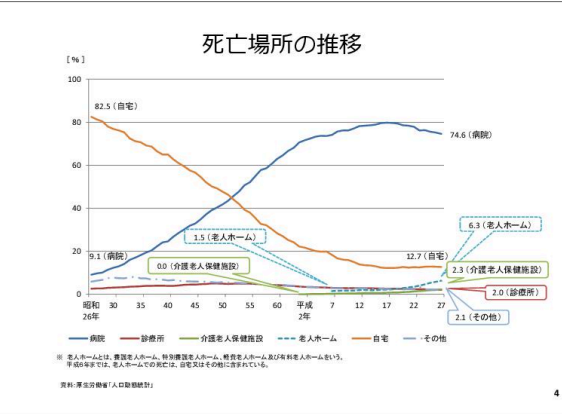
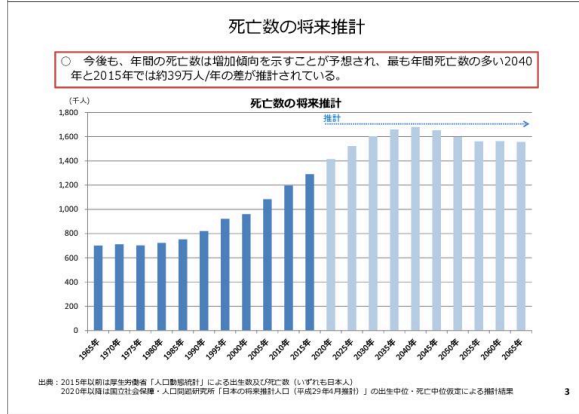
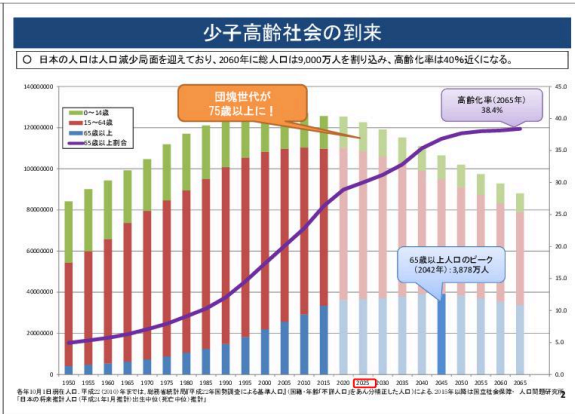
厚生労働省 平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー

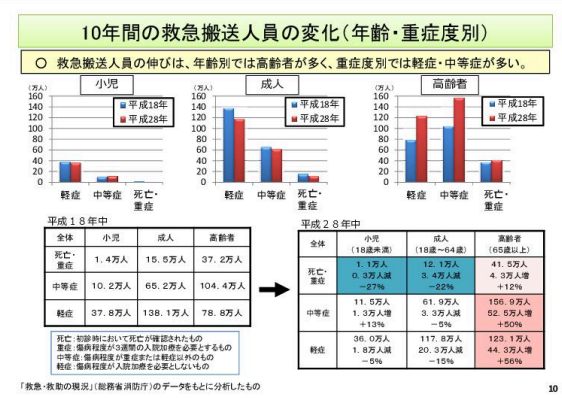
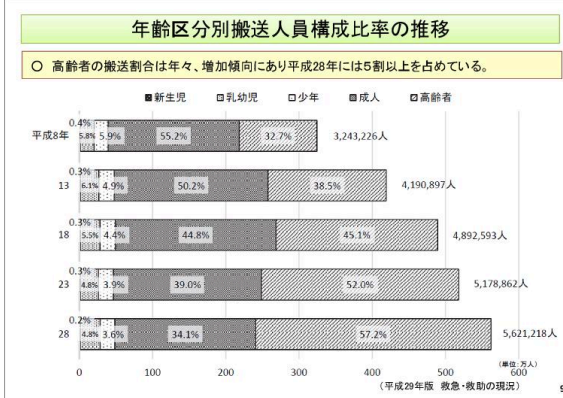
資料1

在宅医療・救急医療に関する最近の動向

厚生労働省医政局地域医療計画課

1. 在宅医療・救急医療を取り巻く背景





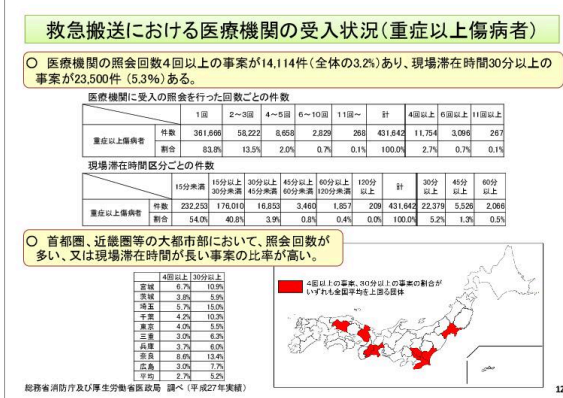
救急医療体制の整備状況の推移

	25年	26年	27年	28年	29年
三次救急 (救命救急)	259	266	271	279	284
二次救急 (入院を要する救急)	2,904	2,836	2,769	2,733	2,896
初期救急	553	560	560	559	563

※ 二次救急の(地区数)は、「病院救急輸送地区数+利用病院数」の数値である。

総数	4,147	4,121	4,187	4,197	4,148
うち、病院	3,830	3,826	3,903	3,926	3,903
うち、診療所	317	295	285	271	245

(各年3月31日時点) (厚生労働省医政局調べ)



救急医療体制等のあり方に関する検討会 報告書概要 (平成26年2月公表)

検討課題	今後計すべき事項及び方向性
救急医療体制のあり方について	・救急医療の現状と課題の把握 ・救急医療のあり方に関する検討会の設置 ・救急医療のあり方に関する検討会の設置
救急医療体制の運用と連携について	・救急医療の運用と連携の強化 ・救急医療のあり方に関する検討会の設置 ・救急医療のあり方に関する検討会の設置
救急医療体制のあり方に関する検討会の設置について	・救急医療のあり方に関する検討会の設置 ・救急医療のあり方に関する検討会の設置 ・救急医療のあり方に関する検討会の設置

2. 人生の最終段階の医療・ケアに関するこれまでの経緯

○ 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要。

○ 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方について検討することを目的に開催。

＜スケジュール計画(平成30年3月20日頃まで)＞
 第1回 平成29年8月3日開催 第2回 平成29年9月29日開催 第3回 平成29年12月22日開催
 第4回 平成30年1月17日開催 第5回 平成30年2月23日開催 第6回 平成30年3月23日開催

＜主なとりまとめ内容＞
 ○ 人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に繰り返し話し合え(ADP)が医療・介護現場だけでなく国民一人一人の生活の中に浸透するよう、一層の普及・啓発が必要であること(リーフレットの作成や国民に馴染みやすい名称の検討等)

【構成員】(〇は議長)

田村 大 上智大学法学部 教授	佐伯 仁志 東京大学法学部 教授
内田 泰 岩手県医療大学 学長	清水 智郎 岩手県医療大学 学長
金子 雅子 ライフ・タイム・ネットワーク 代表	野木 美穂 NPO法人マーズ東京 共同代表理事
川本 謙二 富川市健康推進部 医療連携課長	瀬戸 雅典 日本赤十字社救急医療部 部長
木村 洋 日本看護協会 常任理事	早坂 由美子 北里大学病院 トータルサポートセンター リーンスタッフ 代表
熊谷 雅美 日本看護協会 常任理事	〇樋口 雅志 筑野大学法学部 教授
横倉 隆一 慶應義塾大学法学部 教授	紅谷 浩之 オリジナルホームケアクリニック 代表
藤原 亮子 医療法人正会副理事長	松尾 謙二 日本医師会 副会長
河藤 幸枝 日本医師会 医事団体協議会 常務理事	横田 邦行 日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野教授

“人生の最終段階における医療”に関する最近の動向

■ 社会保険制度改革推進法(平成24年5月22日法律第64号)
 第二章 社会保険制度改革の基本方針
 第2条 医療の在り方については、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思が尊重されるよう必要な見直しを行い、特に「人生の最終段階」を種やかに過ごすことができる環境を整備すること。

■ 社会保険制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日 社会保険制度改革国民会議)
 II-2-(6) (略)「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、「人生の最終段階における医療の在り方」について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備し、必要である。

■ 持続可能な社会保険制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)
 第二章 講ずべき社会保険制度改革の措置等
 第4条 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思が尊重されること、人生の最終段階を種やかに過ごすことができる環境を整備を行うよう努めるものとする。

■ 経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日閣議決定)
 (人生の最終段階の医療)
 「人生の最終段階における医療」について、国民全体で議論を深め、普段からの考えや本人の意思を表明する環境の整備、本人の意思の関係者間での共有を進めるため、住民向けの普及啓発の推進、関係者の連携、適切に相談できる人材の育成を図るとともに、参考となる先進事例の全国展開を図る。

これまでの検討経緯

開催時期	検討会名	議長	主なテーマ	調査手法
昭和62年度 平成元年度	末期医療に関するケアの在り方の検討会	森島善彦(東大法学部教授(当時))	・末期医療の現状 ・施設、在宅での末期医療	文献調査
平成4年度 平成5年度	末期医療に関するケアの在り方の検討会 国民の意識調査等検討会	遠藤忠生(がんセンター中央病院院長(当時))	・末期医療に対する国民の関心 ・国民の意識調査 ・患者の意思の尊重とドーン・ウィル ・尊厳死と安楽死	アンケート調査
平成9年度 平成10年度	末期医療に関する意識調査等検討会	東川基一(済生会中央病院院長(当時))	・末期医療における国民の意識の変化 ・国民と医療従事者との意識のギャップ ・末期医療のあり方	アンケート調査
平成14年度 平成16年度	終末期医療に関する意識調査等検討会	町野耕一(上智大学法学部教授)	・患者に対する説明と終末期医療の在り方 ・終末期医療における意思の尊重 ・終末期医療のあり方	アンケート調査
平成18年度 平成19年度	終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会	樋口雅志(東京大学大学院法学政治学研究科教授)	「尊厳死」のルールの議論が高まったことを受けて、コンセンサスの得られる範囲に達したルール作り →「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」	-
平成20年度 平成22年度	終末期医療のあり方に関する意識調査	町野耕一(上智大学法学部教授)	・終末期医療のあり方 ・患者・家族と医療従事者との意識のギャップ ・終末期医療のあり方	アンケート調査
平成24年度 平成25年度	終末期医療に関する意識調査等検討会	町野耕一(上智大学法学部教授)	・人生の最終段階における医療に関して国民が考える意識の調査 ・人生の最終段階における医療提供体制の整備(ガイドラインの活用、医療従事者等の資質向上)	アンケート調査

アドバンス・ケア・プランニング(ACP):定義

advance care planning : ACP(自らの意向が表明できなくなることに備えて)
 advance : 前もって
 care : 医療やケアについて
 planning : 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく)患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

- 患者の同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい

ACPの話し合いは以下の内容を含む

- 患者の病状や意向
- 患者の価値観や目標
- 病状や予後の理解
- 治療や療養に関する意向や嗜好、その提供体制

http://www.nps.org/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf
 出典：平成28年度厚生労働省委託事業
 人生の最終段階における医療体制整備事業 研修資料-一部改変

ACP, AD, LW, DNARの関係

アドバンス・ディレクティブ(AD)、リビング・ウィル(LW)、DNARは基本的に文書として表されることが目的。それに比べ、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)は、話し合いのプロセス自体を指す。

(AD, ACPのいずれも、意思表示が難しい状態となった場合に、患者の意向を尊重した医療を行うことを目的としている。ACPで話し合われる内容はADと変わらない。大きな違いは、事前指示書(AD)に焦点が当たっているのか、話し合いのプロセス(ACP)に焦点が当たっているのかという点。)

アドバンス・ディレクティブ(AD)事前指示:
 意思決定能力が低下・消失した時に備えて、予め以下のごとく意向を指示しておくこと

- 代理意思決定者
- リビング・ウィル(LW)
- してほしい/してほしくない治療・ケア
- 人工呼吸器
- 人工栄養(胃ろうなど)
- 心臓停止時の蘇生処置(心臓マッサージなどの意向(希望しない場合はDNAR))

話し合いの結果として

話し合いの目的とする相互理解・信頼関係

出典：神戸大学 木澤義之教授作成資料 19

いつ、誰に、誰が行うのか?

がんの疾患軌跡

- 全身の機能が比較的長期間にわたって保たれる期間が長く
- 死に直前1-2ヵ月で、急速に状態が悪化する
- 予後の予知が比較的容易

COPDや心不全の疾患軌跡

- 病状をほじもとした慢性的な発症による急激な悪化と回復を繰り返す
- 急性悪化が起きたときに、それが頻回で悪化しているかどうかの判断が難しい
- 死に直前比較的急速に悪化する

◆ 早すぎるACPは望んでいない

- 病状の悪化や大きな身体機能の低下があった時
- 治療の重要時
- 希望する利益より害が多い
- 複数に分けて、適切な時期に適切な話題を

Johnson S. *Psycho-Oncology* 2015

◆ 患者は医師とのACPを望む

- 自立を最も大切にしている医師
- オンコジスト
- 提問者

Dow LA, *J Clin Oncol*, 2010.
 出典：神戸大学 木澤義之教授作成資料 20

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

○ 富山県針水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、

- 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
- 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及していること

を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけでなく、在宅医療・介護の現場で活用できる、次のような見直しを実施
 - ・ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者を含められることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかを、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者をもっと定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておく、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図) (平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医療等の従事者等から本人、家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化するため、繰り返し話し合うこと

本人の意思が確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、本人の意思決定が基本

本人の意思が確認できない

本人にとって最善の方針を、医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合

- ・ 家族等の中で意見がまとまらないなどの場合
- ・ 複数の専門家間で構成する話し合いの場(話し合い)での話し合いや調整

本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いを通じて心身の状態等の変化に留意し、必要に応じて話し合いを行うことが重要である。

医療等に同意(信頼の人(親しい人)等を含め、複数存在することもある。

3. 現在の取組

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書 (平成30年3月29日公表)

普及・啓発の目的と必要性

○ 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようになるためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけでなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。

○ このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

普及・啓発の内容・方法

普及・啓発は、対象の属性に応じ、提供する情報の内容や支援方法を次のとおり分けて検討することが必要。

① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方

- 心身の状態に応じた医療・ケアの内容に関する事項
- 本人の意思の共有に当たり留意すべき事項 等

【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

② ①の方を身近で支える立場にある家族等

- ①に掲げる事項
- 身近な方(人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に関与するにあたり、留意すべき事項

【医療機関・介護施設】医療・ケアチームによる、医療・介護サービスの提供の機会を通じた情報提供 等

人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書

普及・啓発の内容・方法(続き)

③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム

- 意思決定支援に必要な知識・技術に関する事項(新ガイドラインの内容等)
- ①・②の方針に掲げる事項を本人や家族等に伝達するにあたり、留意すべき事項 等

【国、地方自治体、医療・介護関係団体】新ガイドラインの普及、研修会の開催 等

④ 国民全体

- 本人や身近な人のもとのと備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること
- 【国】延命の判断やその目的をめぐっての意思決定、遺言・遺言の執行、遺言執行のポータルサイトやオンライン等の学習サイトの開設、ACPについて国民に馴染みやすい名称の検討
- 【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催
- 【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催
- 【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育 等

普及・啓発における留意事項

- 誰もが日常的に話し合える環境づくりを進めることが重要であること
- 国民一人一人が、希望する人生の最終段階を支えることができるように行うものであり、決して医療費削減、営利目的等のために行うべきものではないこと
- あくまで個人の主体的な取組によって考え、決定されるものであり、押しつけない、考えつけない、文書にまとめないといったような十分な配慮が必要であること
- ACPは、これまで以上に、人生の最終段階に至る前の段階から、信頼関係、人生観も含めた十分なコミュニケーションを踏まえて医療・ケアの内容が決定されてきた実際の延長線上にあること 等

経済財政運営と改革の基本方針2018 (平成30年6月15日閣議決定)【抜粋】

第3章「経済・財政一体改革」の推進

4. 主要分野ごとの基本計画と重要課題

(1) 社会保障

(生涯現役、在宅での看取り等)【抜粋】

人生の節目で、人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について本人・家族・医療者等が十分話し合うプロセス※1を全国展開するため、関係団体を巻き込んだ取組や周知※2を行うとともに、本人の意思を関係者が随時確認できる仕組みの構築を推進する。また、住み慣れた場所での在宅看取りの先進・優良事例を分析し、その横展開を図る。

※1 ACP(Advance Care Planning)と呼ぶ。
 ※2 ACPに関し、国民になじみやすい名称の一般公募・選定や、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日の設定等を想定。

ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

○ ACPの普及・啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○ 都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※ リーフレット掲載HP
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujishu/saiban/kyoku_topu/kyoku_topu/index.html

※ 「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」(平成30年7月19日付け厚生労働省医政高地域医療計画課事務連絡)等を逐次更新を実施。

人生の最終段階における医療・ケアに関する取組

現状

- 高齢を認識している場所
 - 自宅: 84.6%、病院: 27.7% (平成29年度調査)
 - 居住以上の施設入居者の構成比
 - 平成27年: 21.6% (前年度比)
 - 平成29年: 26.2% (前年度比)
 - 人生の最終段階における医療・ケアについて
 - ・家族と話し合ったことがある割合: 55.1%
 - ・医療従事者の意見を聞いていない割合: 4.1% (平成29年度調査)

課題

患者本人の意思が推定可能な場合に、**本人の意思に反した同意取得や救急法が行われる可能性**

今後の対応

- ◆ 入院や在宅療養の事前取組など、死が差し違った状況となる前からの積極的な準備をターゲットとした取組を拡充
- ◆ 救急法を抑制し、先駆的な対応の取組を進める

① 住居別普及啓発
 十分な準備がなされていない割合が多い

② 在宅医療・救急医療連携
 本人の意思に反した救急事例が散見

③ 医療機関での相談対応の充実
 延命治療の内容等に関する標準的な説明資料がない

④ 自治体の取組事例収集
 自治体間の取組事例を収集し、他自治体へ共有する

⑤ 在宅医療・救急医療連携
 在宅医療・救急医療連携が実現している事例を収集し、他自治体へ共有する

⑥ 入院・在宅療養連携
 入院・在宅療養連携が実現している事例を収集し、他自治体へ共有する

⑦ 医療機関での相談対応の充実
 延命治療の内容等に関する標準的な説明資料がない

⑧ 医療機関における患者・家族への相談対応の取組の充実

※ 本人の意思を家族やかかりつけ医等と共有し、人生の最終段階における医療の場所や内容について、本人の意思が尊重される取組を進める

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組
 人生の最終段階における医療体制整備事業

【事業内容】
 人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、2014・2015年度のモデル事業の成果を踏まえ、2016年度から医師・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国8ブロックで実施するとともに、人材育成研修会の拡充と組織性の確保のために講師人材の育成を実施。2017年度からは住居別の普及啓発も実施している。

研修対象者
 医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設が連携し、多職種チームで参加することも推奨）

プログラム	主旨、構成内容	プログラム	主旨、構成内容
講義 グループワーク1	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するアドバンス・ケア・プランニング」の解説 意思決定能力の評価 グループワークと発表	講義 ロールプレイ1	「アドバンス・ケア・プランニングとは」 もしものときについて話し合いを進める 家族等の候補できる者を決定する
講義 グループワーク2	患者自身と治療方針について各患者の 講義 患者の意向を決定する 講義 患者として意思の決定方法について各患者の 講義 グループワーク2	講義 ロールプレイ3	治療の意向を尋ね、最善の選択を支援する家族等の候補できる者の意思決定を助ける （本人・家族の意向を向き合っていく）
講義 グループワーク3	前日への課題	講義 グループワーク3	前日への課題

開催年度/予定

- ・2014年度・2015年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 24名、2015年度5か所 25名が研修を終了。
- ・2016年度は214チーム、751名が相談員研修を受講、90名の講師人材を育成。
- ・2017年度は277チーム、979名が相談員研修を受講、61名の講師人材を育成。市民公開講座は参加者128名。
- ・2018年度は全国12か所で開催員研修会を実施中。97名の講師人材を育成。

在宅医療・救急医療連携セミナー

＜背景・課題＞ 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見
 国民の多くが人生の最終段階を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大事故は、人生の最終段階における医療等について、事前話し合いが行っていない、このような背景を踏まえ、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

＜対策＞ 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援
 自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協働の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。また、連携事例も、関係の自治体等と連携して事例を収集し、連携ルールの策定のための具体的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。

問題意識
 本人の意思に反した搬送事例が散見

在宅医療・救急医療連携セミナー

10～15の自治体（自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）を対象に、グループワークを実施。

【添】【添】【添】

連携ルールの内容検討
 連携ルールの策定支援

先進事例の紹介
 ・既に連携ルールを運用している自治体間の取組（連携ルールの運用に関する課題、課題）を分かりやすく紹介

有識者による策定支援
 ・有識者や先進自治体の支援のもと、連携ルールの検討や取組策定についてグループワークを実施。

継続的なフォローアップ
 ・セミナーで策定した取組の進捗状況や課題を把握し、取組の支援等を実施。

全国的な横展開の推進
 連携ルール運用に関する手厚い、運用後の課題等への対応のため、全国的な横展開に積極的に対応することで、参加自治体以外への横展開を推進

効果
 救急医療、消防、在宅医療関係者が、患者の意思を共有するための連携ルールの策定を支援

方策性
 予め、本人の意思を事前に話し合う取組を実施し、本人の意思を尊重する取組を進める

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の変称が「人生会議」に決まりました

11月30日(いい看取り・看取られ)は「人生会議の日」
 人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」と呼びます。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujishu/saiban/kyoku_topu/kyoku_topu/index.html

講義:「Advance Care Planning に関する国内外の知見 および 松戸市ふくろうプロジェクトの進捗」

発表者

山岸 暁美様

ご所属・役職

- 慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学講座 講師
- あおぞら診療所 在宅看護専門看護師(保健福祉博士)

厚生労働省委託事業
「平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成30年12月9日(日) @AP東京八重洲通り

資料2

【講義】

**Advance Care Planningに関する国内外の知見
および
松戸市ふくろうプロジェクトの進捗**

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
医療法人社団千景健会あおぞら診療所

山岸 暁美

歴史的背景(米国)

事前指示(AD)関連のことがら

年	内容
1960年代	医学の進歩、人工的な生命維持装置の日常化→LWの作成の提案
1976年	・ カルネーション法(21歳、適性植物状態、養父が人工呼吸器取り外し・自然死の申し立て)→州の最高裁が死後権利を認める ・ カリフォルニア州自然死法(Natural Death Act)制定(→患者と代理人による記載事項により将来の生命維持療法を中止する権限が確立)
1983年	・ 大統領諮問委員会「生命維持療法法」の中止に関する意思決定」通過 ・ 各州でLWの法制化 ・ ペンシルバニア州 医療に関する特約委任状法(DPOAH)制定
1985年	・ 統一終末期患者権利法(Uniform rights of the terminally act)制定(患者が予め指名した者に対して終末期になった時の患者の意思決定代行を認めた。終末期患者にLWがない場合は、患者の家族などに治療の差し控え、生命維持装置の撤去を決定する権限を認めた)
1990年	・ ナンシー・クルーザン事例の審理(25歳、適性植物状態、ADなし、家族が経管栄養の中止を申し出、敗訴、連邦最高裁「明確確たる証拠なし」) ・ 患者の自己決定権法(Patient self-determination act: PSDA)制定(医療従事者などに対し、すべての患者に入院時ADの存在を伝え、希望があればAD完成の支援を行うことを求めた)

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)

SUPPORT:観察→介入研究

目的 個人レベルの意思決定支援により、終末期の意思決定改善、延命処置を用いた苦痛を伴う延命治療の頻度を減少

方法 5つの教育病院
Phase I: 観察(4301人)→Phase II: 介入(4804人)

対象 9つの重篤な疾患のうち1つ以上有する入院患者
6か月後の死亡率:47%

介入 医師に患者の6か月生存率、CPR成功率、2か月後の機能障害レベルの見込みについて情報提供
専門看護師が、患者と家族、医師、病院スタッフとコンタクトを取り、患者にケアの意向を聞き、治療の効果についての理解を助け、疼痛管理、AD記載支援と医師のコミュニケーションを支援

JAMA 1995;274:1591-8.

SUPPORT 結果

Phase I: 観察研究

- 53%の医師: 患者のCPRIに関する希望を知らない
- 46%のDNRオーダー: 死亡 2日前に完成
- 38%の患者: 死亡前10日間にICU入院
- 病院で死亡した患者の半数は中等度~重度の痛み

Phase II: RCT

- 介入群で改善なし
 - Pt-Drのコミュニケーション
 - DNRオーダーの記載時期
 - 患者のDNRIに関する意向についての医師の認知率
 - ICU日数と人工呼吸器の使用
 - 死亡前の昏睡状態
 - 疼痛レベル
 - コスト

重篤な入院患者のケアは不十分

アウトカム改善には至らなかった

JAMA 1995;274:1591-8.

プロセスとしての Advance Care Planning

ADを適切に適用

ADの振り返りと更新

AD完成と記録

話を促進

話題導入・情報提供

全過程でPrimary physiciansの役割が重要

コミュニケーションスキルが必要

患者・代理人と一緒に検討

Emanuel LL, et al. AGS 1995;43:440-6.

ACP・AD・LW・DNAR・DNHの整理

Advance Care Planning (ACP) 話し合いのプロセス

Advance Directive (AD) = Living Will + 代理意思決定者の選定

Living Will (LW)

Do Not Hospitalized (DNH)

Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)

話し合いの結果として

相互理解・信頼関係

・ してほしくない/してほしくない治療・ケア
・ 人工呼吸器・人工栄養(胃ろうなど)
・ 心肺停止時の蘇生処置(心臓マッサージなど)の意向(希望しない場合はDNAR)

雑誌 2019 2014.4.15改訂

ACPの様々な定義

国際デルファイ (US/CA/AU/NL)

- ACPの定義
 - 年齢や病期を問わず、患者が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス
- ACPの目標
 - 重篤な疾患や慢性の疾患を抱える患者が、自身の価値観、目標、意向に沿った治療を確実に受けられるよう支援する
 - 多くの場合、患者が自身で意思決定ができなくなった時に備えて、治療の意思決定を行うような信頼できる人(々)を選び準備しておくことが含まれる

Sudore RL, et al. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-32

国際デルファイ ACPの適切な支援の方法①

- 患者・家族・医療者が共に取り組む
- 患者が治療についてどの程度話したいか(準備状態)、病状・予後をどの程度知りたいかに合わせる
- 経時的に、また病状や生活環境が変化した際に再確認する
- まず、治療に対する全般的な目標や、患者にとって最も大切なことに基づいてinformed choiceができる状態になることに焦点を当てる
- 患者が自身で意思決定できなくなった時の代理意思決定者を同定しておくこともよい

Sudore RL, et al. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-32

国際デルファイ ACPの適切な支援の方法②

- 病状の変化につれ、今後の治療に関する特定の計画に焦点を当てる
- 治療計画の意思決定に際しては、医療者と共に行い、各国の医療の法律に従い、変化する病状や予後認識を共有した上で行う
- 患者の価値観や治療選択の記載は重要であり、家族・医療者と話した後にを行う
- 治療に対する意向の記載は保存して必要な時に参照できるようにしておき、経時的に更新する

Sudore RL, et al. J Pain Symptom Manage. 2017;53:821-32

ACPIに関する系統的レビュー 患者・家族・医療者の認識・経験

5つのテーマ:

- ACPIは関係性。
- 恐れ・辛さを想起。
- 自律性は概念上複雑。
- 施設文化がACPIに影響。
- ACPIの知識や経験が促進・阻害因子

テーマ	コメント
①ACPIは関係性 阻害因子	<ul style="list-style-type: none"> 家族はACPIの促進・阻害因子 ACPIは家族との共同作業 家族への気遣いが必要
治療関係	<ul style="list-style-type: none"> 医師の時間や個室の環境が重要 医師:ACPIで関係性が壊れないか不安 患者:主治医と話したい
②恐れ・辛さを想起	<ul style="list-style-type: none"> ACPIの時期 ACPIの話の開始 終末期ケアの情報
	<ul style="list-style-type: none"> 書き出す(現実感)、書き出す Dr:Pt/fuから切り出して話し Pt:Drから切り出して、きっかけがあれば Pt:Pt/fuから切り出して、辛い気持ち Pt/fu/HCP:EOldは希望を奪うという懸念

Johnson S, et al. Psychooncology 2016;25:362-86.

ACPIに関する系統的レビュー 患者・家族・医療者の認識・経験

テーマ	コメント
③自律性は概念上複雑	<ul style="list-style-type: none"> 医師がACPIを制御 Dr:患者の病状の知識がありACPIを「制御」するという役割認識あり。Nsも関与の希望あり。
患者の視点	<ul style="list-style-type: none"> Pt:治療選択に関わるという点ではなく、社会的、心理的、感情的側面として認識。意図は察せられること、必ずしもPtにフォローされたいことも承認し、その判断はfa/HCPに委ねることに賛成。
介護者の視点	<ul style="list-style-type: none"> Ptの意向をOverrideすることもある
医療者の視点	<ul style="list-style-type: none"> ACPIはコミュニケーションツールより情報の文書 AD遵守の立場
④施設文化がACPIに影響	<ul style="list-style-type: none"> 画一的ルーチンのACPIは逆効果 事務的でなく、個別・流動的ACPIがよい
⑤ACPIの知識や経験が促進・阻害因子	<ul style="list-style-type: none"> 患者の経験や認識がACPIへの影響 医師のACPIの知識や態度がACPI開始に影響

Johnson S, et al. Psychooncology 2016;25:362-86.

心不全患者のニーズとギャップ —患者自身の認識と疾患の理解—

- 心不全患者は、自分が心不全であると認識しているが、自らが困っている身体症状については加齢からくるものと理解している患者が多い。Low J, et al. 2011. Acad. Fail. O'Leary N, et al. 2009. J. Heart Fail.
- がん患者が自らの予後について具体的にどのくらいの期間が残っているかを気にしているのに対し、心不全患者は「なぜ自分が心不全になったのか」「自分の状況がどれだけ悪いのか」「これからどうなってしまうのか」という、より曖昧な疑問を抱えている。O'Leary N, et al. 2009. J. Heart Fail.
- 一部の患者は、心不全は良性的疾患と理解し、予後について非現実的な希望を持っている。Barclay S, et al. 2011. Br. J. Gen. Pract.
- 寛解と増悪を繰り返す経験から、残り時間を知り準備期間を経て死にたいという患者より、苦しまずに突然死したいという患者が多い。Dev S, et al. 2012. Am Heart J.

心不全患者の終末期のコミュニケーション

- NYHA IV度の1年生存率は約40~50%と報告され、大部分の末期患者は心不全により死亡。Pantilat SZ, Steimle AE. JAMA. 2004
- 実際には、欧米においても患者や患者家族は心不全と診断された時点、または亡くなる1年以内に予後について説明されていないことが多い。Martinez-Solis MI, Vicdin M, et al. Rev Esp Cardiol. 2009
- 自分の状況を現実の病状より重症度が軽いと評価するため、実際より予後を良好であると考えることが多い。Hunt SA, Abraham WT, et al. J Am Coll Cardiol. 2009. Allen LA, Yager JE, et al. JAMA. 2008
- また、心不全末期患者は、外来診察時には23%の患者が急変時に蘇生を希望しないと答えるが、入院してから再度意思確認すると、40%の患者は心変わりすることが報告されている。Hunt SA, Abraham WT, et al. J Am Coll Cardiol. 2009

終末期の会話を阻害する患者サイドの要因

— 一 会話の障壁 —

- 医師に予後について尋ねると、難しい患者だと思われるのではないかとこの恐れ
- 医師を近寄りたがり存在であるという印象
- 何を尋ねたいかわからない

Barclay S, et al. 2011. Br. J. Gen. Pract.

— 終末期に関する会話 —

- 心不全患者の多くは、自分自身の重症度を認識していないか、そのような話をしたいとは思っていない。Barnes S, et al. 2006. Health. Soc. Care. Community.

— 予後告知に関する希望 —

- 高齢者における「自律: autonomy」の意味が若年層と異なることもあり、予後についてハッキリとした告知を希望していないことも多い。Gar M, et al. 2008. Soc. Sci. Med.

終末期の会話を阻害する医療者サイドの要因

— 一 医師へのインタビュー調査から明らかになった阻害要因 —

- 心不全の予後の不確実性
- 医療システム上の問題
- 各専門医(循環器内科医、緩和ケア医、かかりつけ医: GP)の役割分担の不明瞭さ

Hanratty B, et al. 2012. BMJ.

— 一 看護師へのインタビュー調査から明らかになった課題 —

- 薬物療法以外の症状コントロールを含むケアに関する知見の不足
- コミュニケーションへの戸惑い
- ケアコーディネーションの欠如

Wolton K, et al. 2005. J. Cardiovasc. Nurs.

Low J, et al. 2011. Acad. Fail.

ACPIに関する系統的レビュー 効果

- Advance directiveの完成率↑
- 将来の医療についての話し合い↑
- 患者の意向に沿ったケアの提供↑
- 患者・医師のコミュニケーションの質↑
- 望まない入院↓
- ホスピス・緩和ケアの利用↑
- 複合的なACPI介入が意向に沿ったケア↑

Brinkman-Stoppelenburg A, et al. Palliat Med 2014;28:1000-25. Houben CH, et al. J Am Med Dir Assoc 2014;15:477-89.

ACPIと家族のメンタルヘルス

対象: 75施設で専門緩和ケアを受けたがん患者の遺族13711人
調査項目: EOldの有無と時期、抑うつ (PHQ-9)、悲嘆 (BGQ)、良い死 (GDI)、ケアの質 (CES)

Category	< 1Mo	1-3Mo	> 3Mo
Depression	~2.2	~2.1	~1.7
Complicated Grief	~1.6	~1.5	~1.3

Yamaguchi T, et al. J Pain Symptom Manage 2017 Apr; 24

日本人の望ましい死 Good Death Inventory

- 日本人の多くが共通して望むこと
 - 落ち着いた環境で過ごすこと
 - 人生を全うしたと感じられること
 - 望んだ場所で過ごすこと
 - 希望や楽しみを持って過ごすこと
 - 自分のことが自分でできること
 - 体や心の辛さが和らげられていること
 - 医師や看護師を信頼できること
 - 家族や他人の負担にならないこと
 - 人として大切にされること
- 人によって重要さは異なるが、大切にしていること
 - 信仰を支えられていること
 - できるだけの治療を受けること
 - 先々のことを自分で決められること
 - 生きていることに価値を感じることに
 - 病状や死を認識しないで過ごすこと
 - 他人に頼った姿を見せないこと
 - 自然なかたちで過ごすことと伝えたいことを伝えておくこと

Miyashita M, Morita T, et al. 2003

まとめ

- ACPは、年齢や病期を問わず、患者が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセスである
- 自己決定権を背景に、ADから発展
- ACPプログラムは、臨床・教育面で国際的に発展
- 効果的な臨床応用には多様な障壁がある
- 日本でも政策の後押しもあり、臨床・教育・研究面で個々の試みが始まっている
- 患者・家族を含めた社会的・心理的な側面が大きく、患者・家族ともに幸せになる日本型ACPモデルの開発と応用が望まれる
- そして、これは機関を超え、地域全体での応用とすべきではないか？

高齢者救急搬送の課題

背景 1

- わが国の救急搬送に占める65歳以上の割合は50%を超えている
- 特に、高齢者施設の救急搬送の増加、中でも都市部における三次救急医療施設への搬送の増加が問題になっている
- 高齢者施設から搬送された認知症高齢者については、20%がその日のうちに死亡し、また60%が短期間の入院の後にその搬送先の病院で死亡していること、さらに施設からの搬送者のほとんどが自らの意思を表明できない状態で救急搬送されていることが報告されている

1) 高齢者救急搬送 平成27年度消防白書 p494 [http://www.fdma.go.jp/8st/Sakusho/27/27index.html]
 2) Smith AK, et al. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life. Most admitted to hospital, and many die there. Health Affairs 31(6):1277-1283,2012
 3) 岡田慶一、介護老人保健施設における認知症高齢者の救急搬送について、Kinkaku Med J 60 : 219～221, 2010.

背景 2

死亡総数の51%が死亡月に救急受診
 死亡月に救急受診した高齢者のうち77%がそのまま入院
 入院した高齢者のうち68%が病院で死亡



Smith AK, et al. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; Most admitted to hospital, and many die there. Health Affairs 31(6):1277-1283,2012

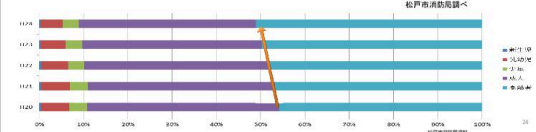
松戸市において救急問題の議論がはじまった背景

松戸市における救急出場と搬送人員の推移



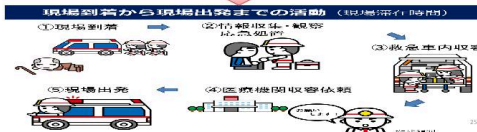
松戸市における救急搬送状況（年齢区分別）

年齢区分	H20	H21	H22	H23	H24
新生児	70 0.40%	73 0.42%	98 0.51%	57 0.29%	48 0.24%
乳幼児	1121 6.39%	1131 6.48%	1162 6.01%	1115 5.63%	1002 5.07%
少年	703 4.01%	707 4.05%	705 3.65%	749 3.78%	709 3.59%
成人	7621 43.46%	7375 42.23%	8083 41.84%	8027 40.55%	7910 40.05%
高齢者	8022 45.74%	8178 46.83%	9273 47.89%	9846 49.74%	10079 51.04%
合計	17537	17464	19321	19794	19748

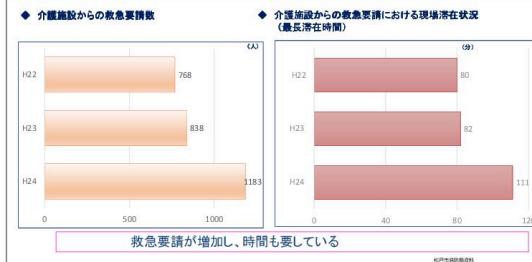


覚知～病院到着 所要時間 内訳

	覚知～現場到着	現場到着～現場出発	現場出発～病院到着
H20	7.15分	18.4分	9.3分
H21	7.17分	18.8分	9.2分
H22	7.40分	19.6分	9.2分
H23	7.50分	20.4分	9.5分
H24	7.30分	21.3分	8.9分



介護施設からの救急要請状況



松戸市における救急問題の議論

- 25年04月
 - 松戸市消防局ヒアリング
- 25年10月
 - 多職種が一堂に会する会議（在宅医療連携拠点事業）
（150名規模で開催）
 - 全国各地域の先進事例を収集
- 26年03月
 - 救急医療と在宅医療を考える会（20名規模）
 - （救急医療に従事する医師・看護婦よりヒアリング）
- 26年6月
 - 救急シンポジウム
 - （近隣4市からも約260名が参加）

松戸市の救急医療と在宅医療の連携のために解決すべき課題

- 1) 情報共有の促進**
病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有
- 2) 救急搬送の判断基準**
救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断
- 3) 意思決定（リビングウィルの必要性）**
どこまでの医療を希望するかについてのリビングウィルの必要性
- 4) 予防的な手立ての確立**
急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応
- 5) 入院後の後方支援の役割明確化**
在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割
- 6) その他の課題**
精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

救急・在宅医療連携による地域介入が
終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明

松戸市ふくろうプロジェクト

ふくろうプロジェクトHP

<http://kyukyuzaitaku.jp/index.html>

文部科学省研究事業「救急・在宅医療連携による地域介入が終末期医療に及ぼす影響の実証とメカニズムの解明」
（研究代表者：山岸晴美（慶應義塾大学））

医療・介護に関する松戸市の特徴

- 75歳以上人口が急激に増加（東京圏の特徴）
→ 医療・介護体制の整備が急務
- 地域包括ケアの基盤を支える在宅医療が盛ん
→ 在宅をベースにしたケア体制の構築を目指す
- 医療・介護関係の専門職団体の活動が盛ん
→ 関係団体との対話・協調に基づく取組みが効果的
- 人口50万人規模の大都市
→ 多様な地域、多様な関係者への対応が必要

Collective Impactの基本ステップ

Phase 1 Initiate Action

- 主たる参加者の背景や既存の実施事業、取り組む社会課題の基礎データの理解
- 解決に向けた計画立案がバリエーションを構築
- 既にある取り組みをベースに事業を考案する

Phase 2 Organize for impact

- ステイクホルダー間で共通のゴールや評価方法を検討
- 取組みを支える組織の構築
- 共通のゴールに向け協働する組織を整理し集める
- このPhaseで小さな成功体験が必要とされている

Phase 3 Sustain Action and Impact

- ステイクホルダーが協力しつづ活動
- 共通のゴール達成に向けてactive learningと軌道修正ができるように必要なデータを収集

松戸市の救急医療と在宅医療の連携のために解決すべき課題

- 1) 情報共有の促進**
病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有
- 2) 救急搬送の判断基準**
救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断
- 3) 意思決定（リビングウィルの必要性）**
どこまでの医療を希望するかについてのリビングウィルの必要性
- 4) 予防的な手立ての確立**
急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応
- 5) 入院後の後方支援の役割明確化**
在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割
- 6) その他の課題**
精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

ふくろうプロジェクト 4本の柱

- 緊急時連絡シート（ふくろうシート）の運用
- 介護支援専門員による意思決定支援（意思決定支援の積極化）
- 市民啓発
- ローカルリーダーの活用

◆できるだけ長く生きることを優先して治療を受けたい
◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けたい（必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする）
◆長く生きることより、苦痛を減らすための治療や負担のない治療を受けながら、住み慣れた自宅や施設で過ごしたい（必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする）
◆決められない

対象

松戸市介護支援専門員協議会に登録している介護支援専門員200名が受け持つ要介護者および、松戸市内の全特別養護老人ホーム（21施設）の入居者、グループホーム（37施設）の入居者、小規模多機能施設（10施設）の利用者のうち、平成29年8月までに登録された者とする。

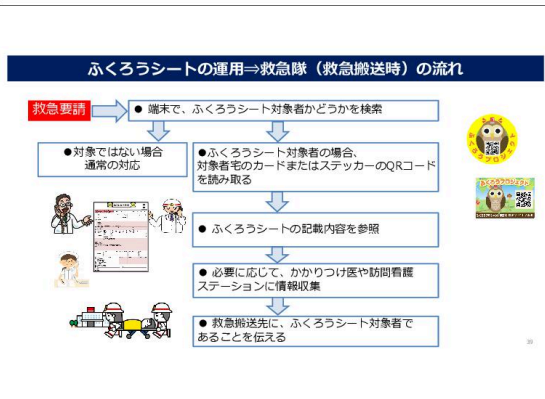
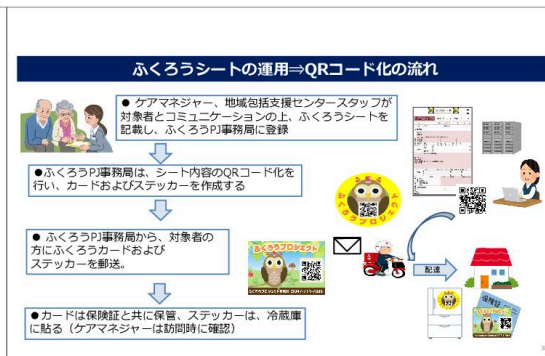
- 対象者のデータについては、介護支援専門員によって医師会事務局に登録される。事業の必要性から、全ての対象者に認識番号（ふくろうナンバー）が付与される。
- 介入群においては、ふくろうシートの登録、対照群においては、対象者の名前と住所が登録される。

地域を2群に分けて、結果を比較する					
介入群	人口	65歳以上人口		75歳以上人口	
		人口	%	人口	%
明第1	54553	11996	22.0	5380	9.9
新松戸	37575	9438	25.1	3344	8.9
本庁	24518	4880	19.9	2188	8.9
五香松飛台	35087	9353	26.7	4221	12.0
六美六高台	24550	5770	23.5	2346	9.6
常盤平	52876	13663	25.8	6453	12.2
常盤平団地	7695	3512	45.6	1704	22.1
東部	45935	9334	20.3	4073	8.9

対照群	人口	65歳以上人口		75歳以上人口	
		人口	%	人口	%
明第2東	26501	5560	21.0	2474	9.3
明第2西	30062	7900	26.3	3389	11.3
矢切	19208	5093	26.5	2437	12.7
小室	43494	10401	23.9	4636	10.7
小金原	27963	8843	31.6	4460	15.9
高橋	38398	8912	23.1	4074	10.6
馬橋西	22358	5470	24.5	2345	10.5

評価: Mixed Method

- ◆ 主要評価項目
 - ▶ 表明された終末期医療に関する希望
 - ▶ 死亡直前の救急搬送死亡
- ◆ 副次評価項目
 - ▶ 救急搬送の実態調査
 - ・ 救急要請のくわろシート適用の有無
 - ・ 要請者の年齢、性別、要請理由、到着時の要請者の心身状態、CPR、重症度分類、活動時間、搬送の有無、搬送機関、かかりつけ医、訪問看護等、在宅サービス従事者とのコミュニケーションの有無
 - ・ 松戸市全体の年齢別救急搬送件数、活動時間（到着～病院搬送まで）の平均値
 - ▶ 住民、遺族を対象とした質問紙調査
 - ・ 地域で医療・介護を受けることに関する安心感（安心感尺度：feelings of support and security scale）、在宅療養に関するイタナシ尺度、ACPの実態（心臓蘇生などの終末期に及ぶ治療について医師と話をしたことがあるか）
 - ・ 住民のうち、3年以内に市内において近しい人を亡くした遺族については、Good Death Inventory、Care Evaluation Scale、Caringing Consequence Inventory、Patient Health Questionnaire-9
 - ▶ 救急隊員を対象とした調査
 - ・ 高齢者搬送に関する困難感
- ◆ プロセス評価
 - ・ 事象の記述及び、くわろシートの対象者、運用に携わった医療・介護従事者、消防局救急隊員にインタビュー調査を行い、事業が地域にもたらした変化を明らかにする。



1199年 ぐわろプロジェクト 救急搬送時の意思決定研修会

「代理意思決定」研修会

9月21日 18:00-19:30 (17:30受付開始)

会場: 松戸市立市民会館 3F 松戸市立市民会館 3F 松戸市立市民会館 3F

講師: 松戸市立市民会館 3F 松戸市立市民会館 3F 松戸市立市民会館 3F

参加費: 無料

申し込み: 松戸市立市民会館 3F 松戸市立市民会館 3F 松戸市立市民会館 3F

介入から半年後のケアマネジャーのインタビュー調査より

人生の最終段階の意思決定変遷に関する内容を説明

- 事前研修がある
 - ・ 相手の考えや気持ちや死に場所などについて事前に聞いておくといい
 - ・ 相手の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
- 研修がない
 - ・ 研修がない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
 - ・ 研修がない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
- 研修があるが、研修の内容が役に立たない
 - ・ 研修の内容が役に立たない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
 - ・ 研修の内容が役に立たない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
- 研修があるが、研修の内容が役に立たない
 - ・ 研修の内容が役に立たない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
 - ・ 研修の内容が役に立たない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
- 研修があるが、研修の内容が役に立たない
 - ・ 研修の内容が役に立たない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい
 - ・ 研修の内容が役に立たない場合は、自分や家族の考えや気持ちを事前に聞いておくといい

市民啓発

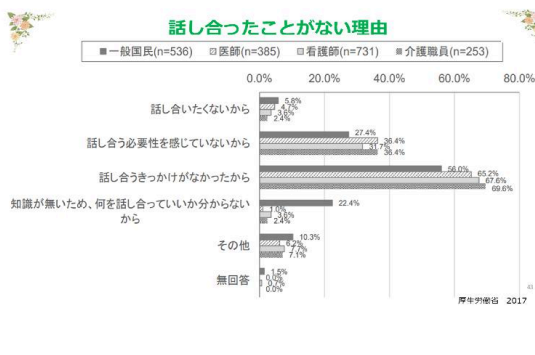
タウン誌掲載

市民と共に作るた制作

最終活るたを一緒に作りませんか?

お問い合わせ: 047-413-0799

〒270-0292 松戸市立市民会館 3F





私の夢かるた♡松戸版～終活編～

え

延命医療
一度決めても
気持ちは変わる
よ

え

受けたい治療はその時
の状況で気持ちが変わる
ものです。変わった時
は、「これこれにかわり
ました」と伝えることが重
要です。変更後の意向が尊重
されます。

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

け

ケアマネジャー
「ケアマネ
じゃー」

け

ケアマネジャーは、略して「ケアマネ」と呼ばれます。医療と介護の専門職の橋渡しをします。

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

な

何もしなければ
サルコペニアを
負けないから
つくりましょう

な

の筋肉が減少した状態をサルコペニアと言います。無理のない程度に歩く、同時に動かしやすい肉や魚、豆腐などを食事に取り入れることも重要です。

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

ま

方が一
方かか
りつけ
るみる
かか
りつけ
てお
きま
しよ
う。

ま

日常的な診療や健康管理等を行ってくださる近所のお医者さんとの連携が大切です。早めに「信頼でき、また相談しやすい」を見つけ、かかりつけ医を見つけておきましょう。

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

こ

お参りよりも
伝えている
繋がる
ありがとうの輪

こ

「ありがとう」
いい言葉ですね！
最近の「ありがとう
エピソード」を覚えて
ください

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

ど

どう生きて
たいか？
それが終活
考えること

ど

どう生きていくか、どう人生観が終活の中の人切な軸です。考えてみたことはありますか？

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

あ

あなたは何
を持って
極楽に天国

あ

極もし、あの世、天国、はける、何か3つ、あなては、何を保持してきたいですか？

私の夢かるた♡松戸版～終活編～

「もしもの時・・・」を考えた話し合うきっかけになればと始まった『私の夢かるた♡松戸版～終活編～』の作成

ACP	終活 (葬儀について)	地域資源
生き方・逝き方について	終活 (財産について)	医療・健康について
日々の心がけについて	終活 (身辺整理について)	
	終活 (お葬について)	



松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

課題4: 救急の現場と在宅医療・介護との情報共有がうまくいかない

課題5: 救急要請の判断が難しい

課題6: 救急車の適正利用に関する地域のコンセンサスがでない

議題7: 救急隊の滞在時間が延長している

課題8: 家族との連絡がとれない、本人と家族との意向の乖離への対応が難しい

課題9: 治療や療養に関する希望は揺れるものであることを前提に地域全体で支える仕組みが必要である

課題10: 人生の最終段階の意思決定支援の難しさ



松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

課題11: ふくろうシートの運用に関して、改善点がある

- 1) シートの項目に関する修正事項がある
- 2) シート運用のロジスティクスに関し、改善点がある
- 3) 今後の発展可能性に関する提案

課題12: 他の情報共有システムとふくろうシート運用の整合が取れていない、統一すべき

課題13: 住民啓発の必要がある

- 1) 人生の最終段階に向けての考えておくことのメリットに関する啓発が必要である
- 2) かかりつけ医を持つことのメリットに関する啓発が必要である
- 3) もしも時のために地域ネットワークを持つことも重要である

松戸市の救急医療・在宅医療の連携上の課題・高齢者搬送に関する課題

課題1: 救急搬送に係るケアマネジャー/施設生活相談員の役割・義務のコンセンサスが必要である

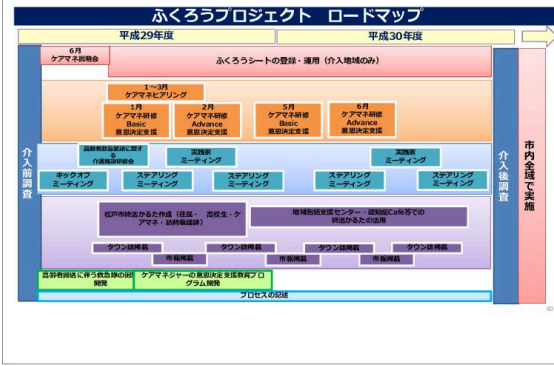
- 1) ケアマネジャー/施設生活相談員の救急車同乗がデフォルトになっている
- 2) ケアマネジャー/施設生活相談員の搬送後の病院来訪、特権が職務のようにになっている
- 3) ケアマネジャー/施設生活相談員が、家族の代理としての対応を病院で求められる

課題2: かかりつけ医(嚥下医)の役割と機能、連携のありかたが明確ではない

- 1) かかりつけ医の機能(特に急変に対応、看取りに関する機能・役割分担)が不明瞭である
- 2) 人生の最終段階における治療や療養場所に関する意思決定支援について、かかりつけ医のコミットメントが重要である

課題3: 増加する高齢者救急搬送に関する各機関の役割分担等の地域全体のコンセンサスがでない

- 1) 病院の機能分化と役割分担が不明瞭である
- 2) 後方支援病院が高齢者の人生の最終段階における救急搬送を受けるためのルールと啓発が必要
- 3) 高齢者介護施設からの救急搬送に関するルールが不明瞭である
- 4) 救急搬送患者の後方支援、移動支援が不足している



Collective Impactで成果を出すための5つ要素

1. 共通のアジェンダ: 全ての参加者がビジョンを共有していること
2. 評価システムの共有: 取り組み全体と主体個々の取り組みを評価するシステムを共有していること
3. 活動をお互いに補強しあう: 各自強みを生かすことで、活動を補完し合い、運動出来ていること
4. 継続的なコミュニケーション: 常に継続的にコミュニケーションが行われていること
5. 活動を支える組織 (backbone organization): 活動全体をサポートする専任のチームがあること

先進事例①:「ICTを活用した地域医療の価値 長崎県_あじさいネットの取り組み」

発表者

ご所属・役職

- 松本 武浩様
- ・長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会(あじさいネット) 理事
 - ・長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 先進予防医学講座 医療情報学 准教授

厚生労働省委託事業
「平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
資料3-1

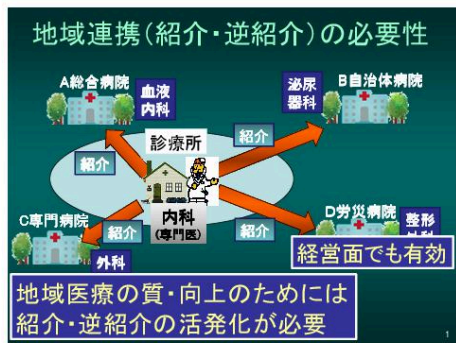
ICTを活用した地域医療の価値
長崎県_あじさいネットの取り組み

http://www.ajisai-net.org/ajisai/index.htm

於 AP東京八重洲通り
平成30年12月9日(日)

あじさいネット理事 &
長崎大学病院
医療情報部 副部長
松本 武浩
matsumo@nagasaki-u.ac.jp

あじさいネット広報誌 Vol.10 & 12

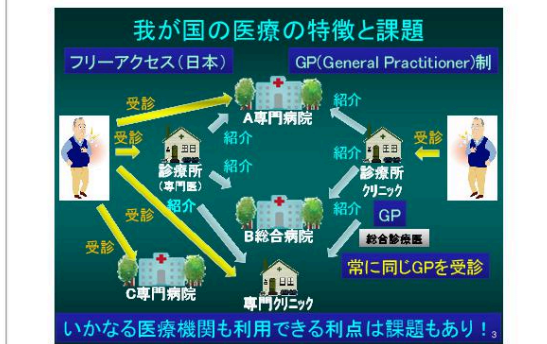


あじさいネットが生まれたきっかけ

2003年5月 地域医療連携IT化検討委員会
(長崎県大村市 人口8万人)

大村市医師会理事 3名
国立長崎医療センター 2名
市立大村市民病院 1名

ITを使って医療連携をもっと活発化できないか?



あじさいネット機能概要

- ・診療情報共有(ID-Link & Human Bridge)
- ・病診連携・病薬連携での利用(2004~)

地域医療情報システムにより

分散したカリ「近医」が

初診での利用(病歴、病名、サマリ) 紹介後モニタリング(最新医学学習) ……etc.

「あじさいネット」の情報提供病院

情報提供病院 運用中 36病院 H30稼働 1病院

志穂・対馬エリア: H27 志穂市民病院, H27 志穂病院, H29 対馬病院

長崎エリア: H21 長崎大学病院, 光善会病院, 十吉会病院, 長崎市立病院, 日赤長崎病院, H22 済生会長崎病院, 井上病院, 長崎記念病院

五島エリア: H23 上五島病院, H25 五島中央病院, H27 国立長崎病院, H29 聖工記念病院

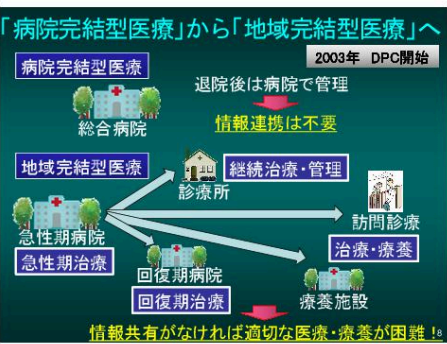
南北エリア: H24 佐世保総合病院, H24 佐世保中央病院, H24 佐世保共済病院, H25 長崎学院病院

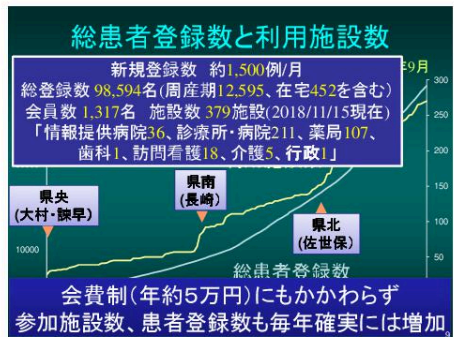
佐賀県エリア: H25 崎野医療センター

豊後・豊前エリア: H16 長崎医療センター, H17 大村市民病院, H23 川村医療センター, H25 藤原総合病院, H26 貞松病院, H26 藤原藤原病院, H26 藤原記念病院, H26 藤原記念病院, H27 南野病院, H27 西宮病院

H30 長崎県島原病院

年々、地域の拠点病院が参加し、利用地域は長崎県全域へ拡大





あじさいネットの目的

診療支援機能

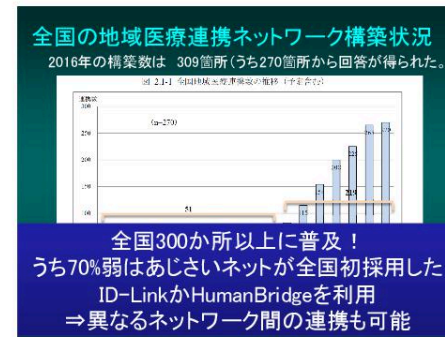
- 病歴・アレルギー情報等の正確な把握
- 検査・画像結果等の比較による迅速診断
- 継続診療の適切性向上・在宅医療支援

医療従事者の生涯教育支援機能

- モニタリングによる生涯教育効果

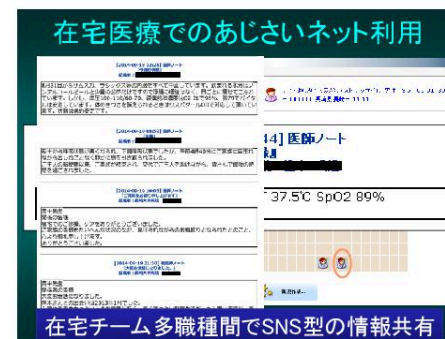
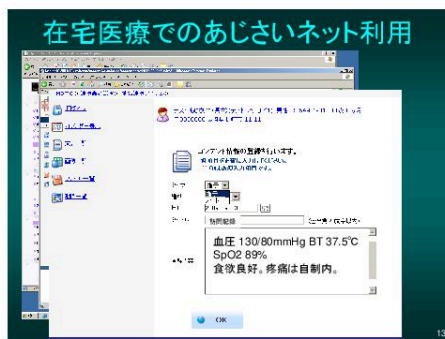
医療機関間の連携強化(共同診療)

⇒ 地域全体の医療の質向上



あじさいネット機能概要

- 診療情報共有(ID-Link & Human Bridge)
- 病診連携・病葉連携での利用(2004~)
- 在宅医療での利用(2014~)



あじさいネットを活用した在宅医療

在宅医療チーム間の情報共有

患者毎に関わるスタッフ全員をグループ登録
 個々の携帯メール登録

在宅ケア後「記録」 → 全スタッフにメール通知
 「〇〇患者に△看護師が記録しました。」

患者宅訪問前に状態把握が可能！！
 誰かが訪問する度に経過情報を把握可能！！

紹介元病院から在宅へと一連の記録

患者ID	入院中の記録	在宅医療者の記録
001	入院時検査結果	在宅時バイタル
002	入院時処方箋	在宅時処方箋
003	入院時看護記録	在宅時看護記録
004	入院時医師記録	在宅時医師記録
005	入院時薬剤記録	在宅時薬剤記録
006	入院時検査結果	在宅時検査結果
007	入院時処方箋	在宅時処方箋
008	入院時看護記録	在宅時看護記録
009	入院時医師記録	在宅時医師記録
010	入院時薬剤記録	在宅時薬剤記録

入院診療から在宅へと切れ目ない情報連携

入院・外来・在宅の情報の共有

2018年11月15日

登録患者数(チーム数) 452名
 参加施設合計 69施設
 参加のべ人数 2,929名

施設名	登録患者数	参加施設数	参加のべ人数
施設A	100	1	100
施設B	80	1	80
施設C	60	1	60
施設D	40	1	40
施設E	20	1	20
施設F	10	1	10
施設G	5	1	5
施設H	3	1	3
施設I	2	1	2
施設J	1	1	1
施設K	1	1	1
施設L	1	1	1
施設M	1	1	1
施設N	1	1	1
施設O	1	1	1
施設P	1	1	1
施設Q	1	1	1
施設R	1	1	1
施設S	1	1	1
施設T	1	1	1
施設U	1	1	1
施設V	1	1	1
施設W	1	1	1
施設X	1	1	1
施設Y	1	1	1
施設Z	1	1	1

入院記録 在宅記録 外来記録 在宅記録 入院記録 在宅記録

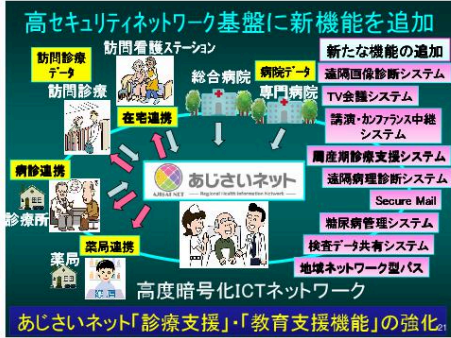
iPadを使った在宅医療支援

情報の確認・簡単な入力・TV会議相談

実際の入力記録

iPadのカメラを使った簡単な診療情報入力

スキャナ様の利用で入力の負担軽減!



あじさいネット機能概要

- 診療情報共有 (ID-Link & Human Bridge)
 - 病診連携・病薬連携での利用 (2004～)
 - 在宅医療での利用 (2014～)
- 診療情報共有から多機能連携へ (2013～)
 - 遠隔読影・遠隔病理・TV会議・ビデオ配信
 - セキュアメール・オンライン診療

あじさいネットTV会議を利用した研修会・講演中継システム

医師会館や拠点病院をサテライト会場とした研修会中継 (あじさいネット端末で利用可能)

県内各地で開催される研修会・講演を離島・へき地を含めた県内各地へ配信

あじさいネットTV会議・講演/研修会中継実績

年度	2013	2014	2015	2016	2017	合計
回数	14	27	22	20	28	111
参加拠点数	44	127	115	113	136	535
参加者合計	1,380	2,456	2,719	1,736	1,816	10,107
メイン会場参加者数	1,147	1,523	1,668	877	1,027	6,242
リモート会場参加者数	233	933	1,051	859	789	3,865
リモート会場参加率	16.9%	38.0%	38.7%	49.5%	43.4%	38.2%
月平均参加者数	153.3	204.7	226.6	144.7	151.3	176.1
月平均						65.7

利用頻度は年々増加し定着化!

がん拠点病院がん登録研修 (年4回) 等定期研修会・多施設カンファランス開始!

あじさいネットTV会議システムを利用した遠隔カンファランス (血液内科_骨髄移植適応)

あじさいネットTV会議 (AMEC)を使った遠隔診療 (SAS専門外来)

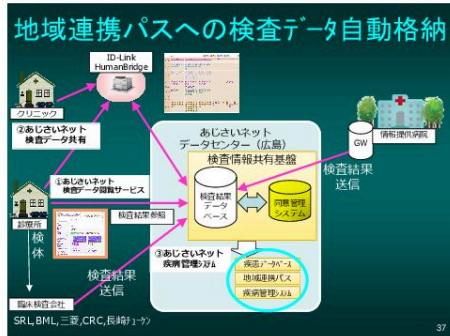
電子カルテ共有

D to D with P型オンライン診療による離島・へき地における専門診療支援

地域ネットワーク型パス (ICTネット上に構築するパス)

専門家が決めた診察タイミングにより
受診予定日が表示⇒実際の診察日決定!

専門家が選んだ、本日実施すべき
診察内容や検査が一目で把握!



地域ネットワーク型パス_患者管理一覧

メリット→異常のある患者の簡単把握

ハイリスク妊婦一覧画面

ハイリスク妊婦の簡単絞り込みと早期転送!

- 運用実数 (H26年7月～) 12,595名
- 運用施設 17施設
- 周産期センター紹介運用数 (情報共有) 1,268件
- クリニック間紹介運用数 (情報共有) 607件
- 行政登録 (大村市) 753件 (未受入 247件) (H29年3月～)

あじさいネット機能概要

- 診察情報共有 (ID-Link & Human Bridge)
- 病診連携・病薬連携での利用 (2004～)
- 在宅医療での利用 (2014～)
- 病病連携 (救急医療) での利用 (2016～)
- 診察情報共有から多機能連携へ (2013～)
 - 遠隔読影・遠隔病理・TV会議・ビデオ配信
 - セキュアメール・オンライン診察
- 地域内全検査データ&調剤情報共有 (2015～)
- 疾病管理やネットワーク型パスでの利用 (2014～)

あじさいネットの病病連携

専門診療の質向上

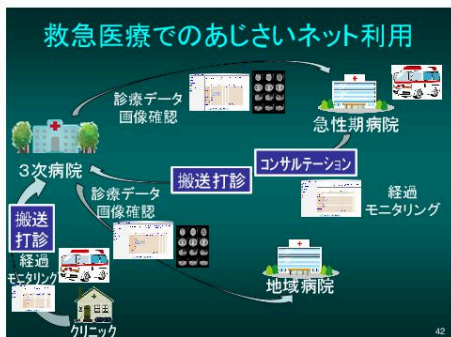
- 入院時の全医療機関の診療録利用
- 転院後・退院後の正確な経過follow

救急医療支援

- 24時間365日利用対応 (2018年6月予定)
- 救急医療での利用 (搬送前トリアージ)

専門医療の地域支援

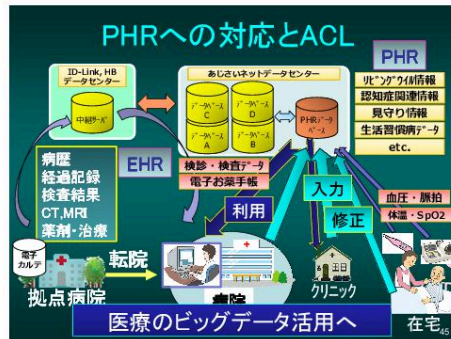
- 転院後・退院後の診療支援
- 質の高い専門診療_地域ネットワーク型パス



病病連携・救急医療運用

2018/11/15時点

種類	開始	運用病院	対象医療機関	疾病	実績数
病病連携	2016年9月	長崎市 難島地域	長崎市 難島地域	全	1254
搬送前トリアージ	2017年10月	長崎大学	長崎みなと、対馬 老成病院、対馬病院、 上五島病院、 光武病院 (老成)	交通外傷 脳卒中 冠疾患	15 24 39
コンサルテーション	2018年2月	福岡和白 長崎大学	老成 長崎みなと	呼吸器外科 脳卒中 整形外科	2 1
退院調整	2018年5月	長崎大学	光請会、長崎リハ	全	2
遠隔専門 かつアセス	2018年7月	長崎大学	長崎医療C	血液疾患 (隔週開催)	5
術前相談	2018年8月	長崎大学	NHO長崎医療C	整形外科	8
時間外	2018年8月	大学病院	全医療機関	全	12



- ### あじさいネットを使った救急医療
- 1次2次病院⇒3次病院**
1. 救急画像読影とヘリ搬送のペア運用
 2. あじさいネット利用24時間365日対応
 3. 救急搬送前トリアージ
 4. あじさいネットTV会議を使ったコンサルテーション
 5. 遠隔病理迅速診断
- 自宅⇒診療所・病院**
1. 緊急時の他院情報参照(病名, サマリ, 処方)
 2. 緊急時の調剤情報把握(診療所処方内容)
 3. 周産期支援システムによる搬送前全妊婦経過共有
 4. 在宅医療へ多職種連携を使った密な管理による訪問 救急搬送時のACL情報利用

- ### あじさいネットにおける在宅と病院の連携
1. 在宅医療支援は、拠点病院のカルテ共有と同一カレンダー型カルテ上で多職種情報を入力してともに共有
 2. 救急医療対応は、拠点病院カルテ閲覧の24時間対応、診療所での外注検査データ共有、全県下の調剤情報共有に加え病院間は搬送前トリアージ & コンサルテーションと救急画像遠隔診断にて対応
 3. 病院による専門診療支援と疾病管理は地域ネットワーク型パスで対応



先進事例②:「長岡フェニックスネットで支える高齢者の安心な暮らし」

発表者

ご所属・役職

長尾 政之助様 ・ 長岡市医師会(新潟県) 医師会長

【事例発表②】

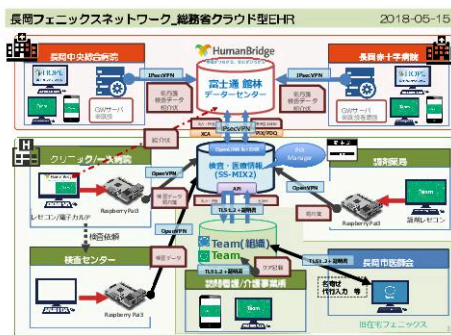
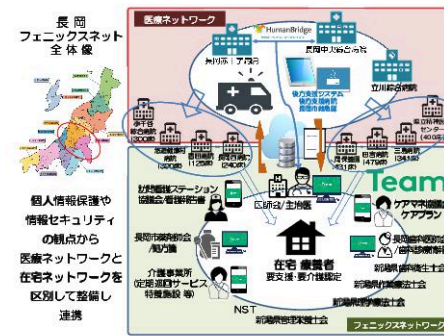
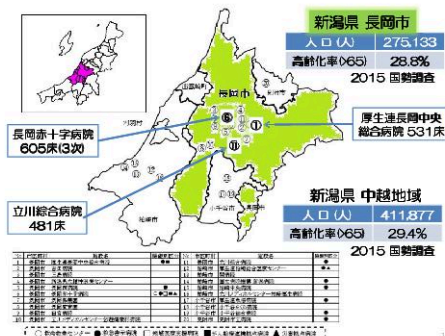
資料3-2

長岡フェニックスネットで
支える高齢者の安心な暮らし

2018.12.09

平成30年度在宅医療・救急医療連携セミナー

長岡市医師会 長尾 政之助



総務省クラウド型EHR高度化事業による
フェニックスネット発展の概要

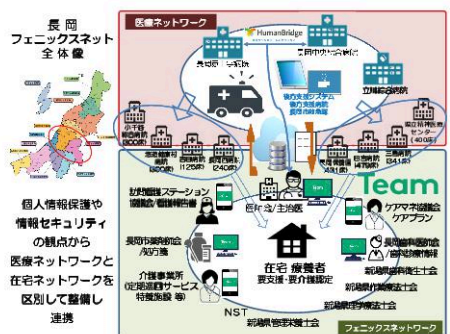
- 病院・診療所の検査・処方情報と
訪問看護・介護の情報を
双方向で接続
- ▶ アルム社 Team: 在宅看護・介護の連携システム と
 - ▶ 富士通 HumanBridge: 医療連携システム を
 - ▶ サイバーリンクス社 青洲リンク を用いて
双方向で接続。
 - ▶ 情報の共有・閲覧の権限については十分に配慮。

長岡フェニックスネット

- ▶ 平成23年:長岡市川西地区において、こぶし園がタブレット端末を用いて訪問介護・看護とサービス提供責任者の業務効率化を実現した訪問介護アプリを導入。
 - ▶ 平成24年度:この訪問介護アプリを軸に、在宅医療と介護・看護を連動させ、業務効率化・情報共有システムに発展。
 - ▶ 平成26年度:長岡市が小国地区と栃尾地区で、このシステムを用いたモデル事業を開始。
 - ▶ 平成26~27年、長岡市医師会が在宅医療介護総合確保基金による事業として長岡市と協力し、市内全域にこのシステムを展開。
- 医師会は、訪問看護ステーション/協議会と後方支援病院の協力・調整を行い、参加診療所・医療機関の拡充とシステムの本稼働に向け、在宅医療連携協議会を設置。

(長岡在宅)フェニックスネットの経過

- H27.10.20 第1回長岡在宅フェニックスネットワーク協議会
構成:長岡市・長岡市医師会・訪問看護ステーション協議会
- H28.1.18 平成27年度在宅医療推進センター整備事業補助の決定
(在宅医療介護総合確保基金による事業)
- H28.5.17 第3回長岡在宅フェニックスネットワーク協議会
構成:新たに3団体:長岡歯科医師会・長岡市薬剤師会・
長岡地域介護支援専門員協議会
- H28.6.6 二次救急担当の3病院が参加
【後方支援システムの初期運用開始】
- H28.11.15 長岡市消防、全救急隊が正式に参加
- H29.3.7 総務省「クラウド型EHR高度化事業」の一つに選定



在宅医療・救急医療連携に取り組む前の
地域の状況

- ▶ 地域の病院がそれぞれ診療時間外・救急の対応を行っていた。
- ▶ 内科を標榜する診療所の70%が往診・在宅医療を行っていた。
- ▶ かかりつけ、主治医(診療所・病院)と連絡がつかない救急病棟を受診したり救急車を依頼していた。

<p>在宅医療・救急医療連携に 取組んだ背景ときっかけ <small>孤独死の増加</small></p> <p>全国的に、死亡場所の約75%は病院。一方、 自宅を含む病院以外での死亡は、その半分が検視。 長岡市で1年間に亡くなる人は3千数百人、 長岡警察署による検視は、 年間300件を超えている。(長岡警察署)</p> <p>検視の70%は病死とされています。 (新潟県警察医会)</p> <p>主治医と連絡が取れれば検視の必要はなかった？</p>	<p>在宅医療・救急医療連携に 取組んだ背景ときっかけ</p> <p>➢高齢者・高齢者施設の増加と、 高齢者施設からの救急搬送の増加 「救急とは思われない高齢者施設からの救急搬送例の増加」として (長岡救急懇談会で取り上げられる)</p> <p>➢長岡市の総世帯数 106,258 (平成29年5月1日) 65歳以上の高齢者のみの世帯 9,409 65歳以上の高齢者単身世帯 8,155</p>	<p>高齢者(65才以上)の救急要請元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>高齢者施設</th> <th>高齢者施設以外</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>不搬送</td> <td>4</td> <td>150</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>死亡</td> <td>3</td> <td>137</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>搬送</td> <td>600</td> <td>4,368</td> <td>4,968</td> </tr> <tr> <td>死亡</td> <td>58</td> <td>250</td> <td>308</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>665</td> <td>4,905</td> <td>5,570</td> </tr> </tbody> </table> <p>平成26年1年間で、高齢者施設からの救急要請が665件(12%)あり、 死亡例が61件ありました。 ?回避できる不適切な救急搬送事例が含まれているのでしょうか？ 搬送例の病状経過の情報共有ができていれば、その後の対応・処置が スムーズに行われるのではないのでしょうか。</p>		高齢者施設	高齢者施設以外	合計	不搬送	4	150	154	死亡	3	137	140	搬送	600	4,368	4,968	死亡	58	250	308	合計	665	4,905	5,570
	高齢者施設	高齢者施設以外	合計																							
不搬送	4	150	154																							
死亡	3	137	140																							
搬送	600	4,368	4,968																							
死亡	58	250	308																							
合計	665	4,905	5,570																							
<p>救急懇談会(平成18年より) (長岡市消防本部で年6回開催) 長岡赤十字病院 救急部長 の発案で開始</p> <p>参加団体 <small>～来るものは拒まず～</small> 長岡市、小千谷市、見附市 消防本部 長岡市、小千谷市、見附市 の 病院医師・看護師 新潟県立精神医療センター 認知症疾患医療センター(三島病院など) こぶし園・三古老人福祉会 ほか介護施設 長岡市・長岡市医師会 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部 長岡警察署・長岡市弁護士会・新潟日报社</p>	<p>参加団体のポイント</p> <p>➢医療・看護・介護関係者だけでなく、行政・警察・弁護士会代表・マスコミ代表など、 特にマスコミ関係者や弁護士、法律家の参加は重要。</p> <p>➢適切な救急車・救急医療の利用に配慮していただく。</p> <p>➢救急医療現場の疲弊を防ぎ、高度な救命救急医療に医療資源を集中できるようにしたい。</p>	<p>長岡市の医師会と行政の関係</p> <p>➢副市長(福祉保健担当)・福祉保健部長と医師会・歯科医師会の会長・副会長で医療懇談会を年に1度開催。</p> <p>➢病院長会議を年に2回開催。 検討する議題を持ち寄り約1時間の会議の後懇親会。</p> <p>➢新しい取り組みに行政の理解を得るため、講師を派遣し市議会で講演。</p> <p>➢医師会主催の夏のビールパーティーに市長をはじめ福祉保健部・教育委員会・消防本部などの部局の代表者30余名を招待し意思疎通を図る。</p> <p>➢医師会主催の新年会には市長・市議会議長・地元選出国會議員・県議會議員を招待、地域の病院長もすべて出席。(学術団体としての医師会員だけの集まりは別に行っている)</p>																								
<p>在宅医療・救急医療連携の 取組初期の対応</p> <p>➢在宅医療の要は訪問看護師と24時間対応の訪問看護ステーション。</p> <p>➢市内14か所の訪問看護ステーションで協議会を立ち上げるように動きかけた。(平成27年3月)～医師会が担当</p> <p>➢在宅療養での看護だけでなく不安・心配への対応や、病状経過の変化に伴うドクターコールの判断、救急搬送の必要性も見てもらった。</p> <p>➢地域包括支援センター 多職種交流会～行政が担当 様々な専門職の相互理解、顔の見える関係づくり。</p>	<p>救急懇談会での課題抽出と目標設定</p> <p>➢救急隊の患者搬送受け入れ先の問い合わせ回数4回以上のケースすべてについて、理由・経緯、最終受け入れ病院、および転帰について検討。</p> <p>➢何が障害となっていたか、改善する方策を協議。</p>	<p>地域連携で共有すべき情報とは 基本情報・身体状況・治療情報・サービス提供者情報 生活情報・介護状況・バイタルサイン・診療・ケア記録</p> <p>➢病院⇄診療所 間における連携では、 入院・退院時や在宅移行時に必要な情報、 ⇒診療サマリーがあれば良い。</p> <p>➢地域の医療・看護・介護の担当者間における連携では、 在宅での医療・看護・介護中に発生する情報、 ⇒日々の診療・看護・介護記録の共有が必要となる。</p> <p>➢訪問看護が医療機関と介護職・ケアマネをつなぐ。</p>																								

共有する情報

病診連携と地域連携
では異なる

地域連携では
緊急連絡先
処方内容
一般的検査
アレルギー
最近の経過
DNR

緊急連絡先
処方内容
一般的検査
アレルギー
最近の経過
DNR

平成29年 長岡市 救急搬送

平成29年の全出動件数は10,529件。この内6,952件(66.0%)は急病によるもの。また、搬送に占める65歳以上の高齢者が6.0%を超えている。

医療機関	搬送人員	計
長岡赤十字病院	3,544	病院群輪番体制3病院合計 9,307 (94.75%)
長岡中央総合病院	2,849	
立川総合病院	2,914	
長岡西病院	226	5病院合計
県立稲荷医療センター	18	9,551 (97.23%)
その他医療機関	129	長岡市内医療機関合計9,680 (98.54%)

搬送先 問い合わせの回数 地域別

	1回	2回	3回	4回以上	合計
平成29年	9,379 (95.5%)	363 (3.7%)	52 (0.5%)	29 (0.3%)	9,372 (100%)
平成28年	8,937 (95.4%)	352 (3.8%)	50 (0.5%)	33 (0.3%)	9,372 (100%)

医療・介護連携システム
フェニックスネットを活用した
救急活動への効果

長岡市消防本部 遠藤正一

救急現場では

- ◇ 傷病者本人から、話を聞けない。
(一人暮らしの高齢者が自宅で倒れていた!)
- ◇ 傷病者本人、もしくは家族から聴取した
内容が、あいまい。
(かかりつけは〇〇病院だったと思う??)

必要な情報が聴取できない

現場滞在時間の延伸

病院選定に苦慮

長岡市消防・救急隊より

フェニックスネットに参加した結果

長岡市内全救急車(15隊)に配備

タブレットで検索

- かかりつけ医療機関
- 緊急時連絡先
- 処方薬
- 普段のバイタルサイン

適切な医療機関の選定
適切な医療機関への情報提供
現場所要時間の短縮

長岡市消防
救急隊より

閲覧
イメージ
(一部)



現場所要時間の比較

	件数	現場到着～現場出発 (現場所要平均時間)
平成29年 救急出動件数	10,529	12分36秒
フェニックスネット 有効症例	43	14分31秒
フェニックスネット 活用できなかった症例	40	17分46秒

平成30年10月20日現在
約3分の短縮

使用して良かった事例

- ① 一人暮らしの高齢者(認知症)事例
テレビ鑑賞中、急に後頭部痛で知人に助けを求めたもの。状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が判明した。
- ② 画像登録事例
胃痙攣されている者が、数日前からの腹痛で救急要請。胃痙攣チューブの画像が登録されており、比較したところ、深く入り込んでいることが判明した。
- ③ 身元不明者事例
不安を主訴に近所のコンビニエンスストアに駆け込んだもの。状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が登録されていた。

長岡市消防・救急隊より

事例

要請概要

デイサービス利用者が、左足に浮腫等がある状態を施設職員が発見し、様子を見ていたが改善しないもの

現場状況

ベッド上で仰臥位となっており、特に訴え等はなかったが、左足に浮腫と発疹を認めた。

状況、処方薬の情報を求めたが・・・

施設職員から、
「デイサービス利用者なので、よくわからない」との回答

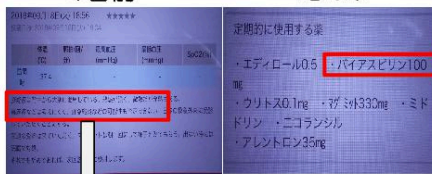
長岡市消防・救急隊より

タブレットで検索したところ



長岡市消防・救急隊より

訪問看護記録 4日前



背中から大腿部にかけて膨隆疹があり、
蜂窩織炎の可能性も否定できない

処方薬

定期的に使用する薬
・エディロール0.5
・バイアスピリン100
・クロリスD.Tmg
・アゼキサ330mg
・ミド
・ドリン
・ニコラジル
・アレントロン35mg

長岡市消防・救急隊より

4日前の左足画像



4日前、訪問看護が撮影した画像と現在の状況を比較したところ、
浮腫と発疹が増悪していることが分かりました。

長岡市消防・救急隊より

搬送先の病院の医師に、救急隊の観察結果及びタブレット情報を報告して、搬送することができた。



傷病名：左下肢蜂巣炎

傷病程度：中等症

長岡市消防 救急隊より

地域医療カルテ構想

- ▶ 地域包括ケアシステム
⇒ 障害を持って暮らす人を
いかに地域で支えてゆくか
- ▶ 長岡フェニックスネットは当初、在宅患者を対象に設計されましたが、後方支援病院の役割を、救急の二次病院(3病院輪番体制)が担うこととなり、その規模と役割が大きく変わってきました。
- ▶ 医療機関(診療所)・訪問看護ステーション・訪問介護・ケアマネ・特養などの高齢者施設と救急隊、そして救急を受け入れる後方支援病院をつなぐネットワークの構築。

40

今後の課題と展望

- ▶ だれが情報を入力し、また更新するのか？
どこが情報共有の包括同意をとるのか？
- ▶ 医師・看護師・薬剤師・介護士や後方支援病院医師の連携を円滑にすれば、お互いの負担軽減に役立つと考えられます。
- ▶ 特別養護老人ホーム・サービス付き高齢者住宅などの入居者、独居高齢者・老々世帯の登録を進めて、急変時の対応や主治医不在時の看取りに際し有用なツールとなることを期待しています。

41

先進事例③:「柏市における在宅医療・救急医療連携の取組み ～地域包括ケアシステムの構築をめざして～」

発表者

ご所属・役職

浅野 美穂子様 ・ 柏市 保健福祉部 地域医療推進課 専門監(保健師)

厚生労働省委託事業
「平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成30年12月9日(日) @AP東京八重洲通り

資料 3-3

【事例発表③】

**柏市における
在宅医療・救急医療連携の取組み**
～地域包括ケアシステムの構築をめざして～

柏市保健福祉部地域医療推進課
専門監(保健師) 浅野 美穂子

★はじめに・・・★ 「千葉県柏市」をご紹介します!

人口: 424,322人, 中核市 ◆H30.10.1現在◆
◆高齢者人口107,399人, 高齢化率25.63%◆
◆第1号被保険者の要介護認定率: 15.31%◆

あけ緑の山公園
手賀沼
リフレッシュプラザ
下田の森
スポーツタウン
豊四季台地域
柏駅前
商業集積
フレイルチェック
発祥の地

1

柏市の地域包括ケアシステムの具現化の取組み

「高齢社会の安心で豊かな暮らし・まちのあり方」を
柏市、東京大学、UPL都市機構の三者で協議し、実践していこう!

平成22年度開始

柏市
超高齢化に対応したまちづくりの具体化

東京大学高齢社会総合研究機構 IQQ
システム・技術の研究・開発と世界への発信

都市再生機構 UPL
今後の用地のあり方の検証

協定式の様子(2010年5月)

<目指すまちの姿>

- いつまでも在宅で安心して生活できるまち～在宅医療の普及～
- いつまでも元気で活躍できるまち～高齢者の生きがい就労の創成～

2

在宅医療 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会 第1フェーズから第2フェーズへ
フェーズ 2010～2015 2015～2018

We Kashiwa

在宅医療と救急医療の連携

4

1. 在宅医療・救急医療の連携のきっかけ

高齢化の進展に伴う救急需要の増大:「病院連絡会議」での状況の共有

- 救急搬送の現状
年間出件数・搬送人員は年々増加傾向、現場時間は延伸傾向
傷病程度別は軽症割合は減少・中等症割合増加、年齢別は高齢者が半数を占める
- 高齢者の「住まい」の状況変化
医療職不在のサービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホームが増加

救急医療現場からの問題提起により、平成27年度から取組みが開始

- 救急救命センターに次々と搬入される転倒期の高齢者施設の入所者
⇒ 本人の意思確認はどのようになっているか?
- 施設へのアプングの結果、入所時に意向確認はされている現状
⇒ 医療との連携が十分でなく、介護職が判断することへの不安が大きい実感
- 市民は人生の最終段階の医療の選択について考える機会がない
⇒ 在宅であっても施設であっても、市民への啓発と意向確認が重要

柏市では、医師会・介護サービス事業者・消防局・行政が協働した取組みへ
まずは現状を共有し、課題を明らかにして、医療・介護連携と体制づくりを!

5

2-1. 実態把握

1. 高齢者の入所施設へのアンケート調査実施 (H27)
・「入所者の延命処置に関する意向確認の状況調査」
・市内の高齢者の入所施設(特養, 老健, ケアホーム, サ高住, 有料)

2. 各入所施設へのヒアリング実施 (H28・29)
・意向確認の課題、医療との連携体制の現状、取組みへの意見を聴取

3-1. 救急隊員へのアンケート調査を実施 (H29.12月)
【目的】 高齢者の増加に伴い、在宅療養中の自宅や高齢者の入所施設からの救急要請が増加し、複雑化している状況がある。
今後、本人や家族の意向を尊重した形で看取り体制を検討するにあたり、救急現場での現状を把握するために調査を実施する。

【★参考文献★】
「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及びDNAR対応に関する研究」
研究代表者: 北九州市立八幡病院 救急救命センター 伊藤豊彦 (平成29年3月)

6

2-2. 実態把握

3-2. 救急隊員へのアンケート調査(結果)

【調査方法】 救急隊員107名に庁内PCを活用して実施(回収率100%)
【調査項目】
・DNAR事案への出動経験、病院到着前にDNARと判断した時の対応
・CPA傷病者・DNAR傷病者の処置への拒否経験と対応方法
・DNAR傷病者の搬送困難な事案の有無
・高齢者の救急搬送についての改善希望、柏市の取組みへの意見・提案

【連携のポイント】
・消防局救急課との綿密な協議、目的の共有化、発信は救急課
・消防局内の合意形成のために、救急課長が各所属長に事前説明

【★結果★】
・救急隊員の9割がDNAR事案への出動経験あり
・医療との連携、家族への対応に苦慮している実情が判明

柏市の救急搬送の課題が浮き彫りになった

7

3. 課題の共有

4. 医療・介護連携の場での意見交換・課題抽出と共有
「顔の見える関係会議」

【目的】 多職種が一堂に会し、ワークショップ等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築する。 ※フアンシレーター会議にて事前に会議の進め方を調整

【日時】 H28.11.13 3回ごとで開催
【参加者】 385名
【内容】 高齢者の救急搬送の現状と課題

【日時】 H29.2.16(木) 19時～21時
【参加者】 156名
【内容】 人生の最終段階における意思決定支援

【参加者アンケート:一部抜粋】
・専門職だけでなく、市民への啓発も大切であり、救急車を呼ぶ意味を今一度考える必要がある
・救急のテーマは、これから色々な立場の方が一緒に話していかなくてはならないと実感した。

多職種がチームとなり人生の最終段階の意思決定支援を行う必要性を共有し柏モデルにおける意思決定支援ガイドラインの構築に向けた提案が示された
★成果物★ガイドラインの目次出し

8

4. 検討の場の設定

高齢者の救急搬送に係る意見交換会 (H28・29)

- 入所者および家族の延命治療の意向確認状況と課題について共有
- ヒアリングによって確認された課題への対応について協議

↓

意思決定支援検討ワーキング (H29・30)

- 延命を望まない高齢者の救急搬送について心肺蘇生をしなくてもよい環境づくり
- 本人の意思決定を支える仕組みづくり

↓

今年度は取り組みの杜のひつつ：「本人の意思を多職種で共有できるルールづくり」について、ガイドラインの骨組み構築に向けて協議中【参加者】

市民・介護家族・病院医師・病院看護士・病院相談員・在宅医師
訪問看護師・介護施設職員・ケアマネジャー・柏市社会福祉協議会
地域包括支援センター・救急課・地域医療推進課

5. 取組み内容の整理・方向づけ

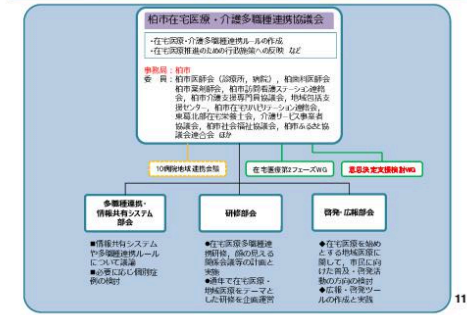
現状認識 → 課題 → 4つの取組み

- 現状認識**
 - 施設・ヒアリングの実施
介護職員だけでは救急要請が外来受診か、マニュアルがあっても判断できない
病院と家族の「延命治療」に対する認識に差がある。延命治療するかどうかを説明できるガイドラインがほしい
看取りの同意書があるが主観から救急搬送の指示が出る
 - 意見交換会の開催
看取りと急変時の対応は分けて考える必要がある
介護職員にとっては急変や看取りの対応には恐怖感や精神的なストレスが大きい
介護職員は知識がない。若い職員も多く死の経験自体もほとんどない状況
- 課題**
 - 施設、主治医、医療機関、救急職員との連携が不十分
 - 施設ごとに入所者の状況、医療職の配置状況、対応力・対応方法が異なる
 - 介護職員の急変時や看取り期の対応に必要な知識や経験が不足しているため不安が大きい
 - 入所時には一旦意向を確認していても、状態の変化に合わせた正しい再確認の機会がほとんどない
- 4つの取組み**
 - ①本人の意思を多職種で共有できるルールづくり**
⇒多職種が同じ視点で支援ができるようなガイドライン等の作成・ルール化
 - ②介護職員への研修**
急変時・看取り期対応力向上、不安の軽減
⇒指示・対応マニュアルの整備、柏市共通様式の作成
 - ③市民への啓発**
人生の最終段階の医療の選択と意思表示
⇒効果的な市民啓発の場や方法の検討
 - ④医療との連携**
主治医、施設嘱託医、MC協議会、救急病院の共通理解ができる体制づくり
⇒日本臨床救急医学会の提言を実現できる連携体制づくり

↓

医療・介護連携を中心に、現状に合わせ多職種な取組みが必要な認識の共有が図れた

柏市における在宅医療・介護連携の体系



6. 在宅医療・救急医療連携セミナーの成果

- キーマン3者（地区医師会・消防局・行政）の意識のすり合わせ・目指すべきものの共有が図れたこと
- セミナーに参加し、工程表の履行に沿って具体的な調整が進み、検討の場を設置できたことにより、取組みを一步前に進めることができたこと
- 既存の体系に位置づけることで、新たな取組みではなく連動した取組みであることを明示し、協体制を確保できたこと

ご清聴ありがとうございました！



先進事例④:「鳥取県日野町における在宅医療・救急医療連携」

発表者

ご所属・役職

生田 直子様 ・ 日野町(鳥取県)地域包括支援センター 所長(保健師)

厚生労働省委託事業
「平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成30年12月9日(日) @AP東京八重洲通D

資料3-4

【事例発表④】

**鳥取県日野町における
在宅医療・救急医療連携**

日野町地域包括支援センター
所長 生田 直子

2018/12/9

はじめに ～日野町の紹介～

鳥取県
日野町 (3町)

人口	H30. 4. 1 3, 194人 (占21. 9%)	H12. 4. 1 4, 666人
1 帯	1, 367	1, 582
男性比率	47. 6%	32. 1%
第1種認定率	19. 9%	

総務省発表 2040(22年後)推計11,861人

鳥取県西部の3町で構成する日野郷の中心に位置する

南北 12. 5km
東西 20km
面積 13. 4km²

2018/12/9 1

はじめに ～日野町の紹介～

【町内の医療・介護事業所】

総合病院	1か所 (訪問診療を実施 診療所を2か所開設)
訪問看護ステーション	1か所
特別養護老人ホーム	1か所
介護老人保健施設	1か所 (通所リハビリ併設)
認知症対応型共同生活介護グループホーム	1か所
通所介護	1か所
居宅介護支援事業所	2か所
地域包括支援センター	1か所

2018/12/9 2

目次

- ▶ 1. 取組みの全体像
- ▶ 2. 課題抽出と目標設定
- ▶ 3. 対応策の展開
- ▶ 4. 成果とまとめ
- ▶ 5. 今後の取組み
- ▶ 6. <参考資料>

2018/12/9 3

▶ 1. 取組みの全体像

- ▶ 2. 課題抽出と目標設定
- ▶ 3. 対応策の展開
- ▶ 4. 成果とまとめ
- ▶ 5. 今後の取組み
- ▶ 6. <参考資料>

2018/12/9 4

1. 取組みの全体像 (日野町の在宅医療・救急医療連携)

■目標
人生の最終段階において本人の意思を尊重することができる

■課題1
「救急医療情報キット」の情報更新

■成果
挙げられた2つの課題を、関係者全員の協働のもとに取組んだことで、当初の目標に向かって推進することが出来た。

■課題2
本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携 ACPについての理解、支援と普及啓発

地域ケア連絡会 (在宅医療・救急医療連携部会) ← 連携 → 地域ケア会議、地域ケア連絡会

2018/12/9 5

1. 取組みの全体像 (背景ときっかけ)

日野町の地域包括ケアシステムを構築するうえで消防署との連携は想定していませんでした。

平成29年4月
消防署救急係長が「町地域包括支援センター(以下「包括」と記載)」に相談「消防署も地域包括ケアシステムの一員です。連携しませんか?」
消防署と包括との連携が始まる
消防署職員が会議に参加開始
(地域ケア会議・見守り支援連絡会・事例検討会・クアカフェなど)

平成29年9月
消防署救急係長が「平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー」への参加を提案

平成29年10月、平成30年2月
上記セミナーに、3人で参加
(消防署救急係長・町内総合病院のMSW・包括の主任ケアマネ)

2018/12/9 * 消防署は高齢化率の高い日野郷を管轄している。 6

1. 取組みの全体像 (協議体の開催)

日	と	き	内	容	人	数
1	29年10月22日		平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー(1回目)開催		2	
1	29年10月30日		事務の進め方		4	
2	29年11月7日		工程書の検討	目標、課題を意見交換	5	
3	29年12月22日		連携形式、日野町の終末期意思決定支援救急医療シート		5	
4	30年1月17日		病院での終末期救急医療、終末期ケアガイドラインの改定		7	
1	30年2月4日		平成29年度在宅医療・救急医療連携セミナー(2回目)開催		3	
5	30年2月26日		第2回セミナー報告、今後の取組み		7	
6	30年7月18日		「患者を望まない終末期意思決定の取扱い」「人生最終段階における医療、ケアの決定プロセスに関するガイドライン(案)」(地域ケア会議における救急医療連携部会MSW協議会と取組み検討)		13	
7	30年11月15日		第3回協議会(文字通り「救急医療情報キットの活用について」 ACPにかかわる関係者に対して)		8	

2018/12/9 7

1. 取組みの全体像 (協議体の開催)

**協議体として、
地域ケア連絡会(在宅医療・救急医療連携部会)を開催**

①地域ケア連絡会に、「在宅医療・救急医療連携部会」を新設
参加者:救急係長・病院MSW・包括2人の合計4人で開始

②部会のメンバーに、介護施設看護士1人、病院看護士3人
(外来・訪問看護・地域連携型)を追加し、合計8人となる

③内容により、従来の他会議で協議
(地域ケア会議・地域ケア連絡会他)

①現状、課題と解決策を話し合う協議体の設置。
②話し合いを進める中で、より現場の声を反映させた取組みに。メンバーを追加。
③部会と他会議の連携。共通の課題として多職種で協議した内容を部会へフィードバック。

2018/12/9 8

1. 取組みの全体像 (協議体の開催)

地域ケア連絡会 在宅医療・救急医療連携部会



参加しやすいように病院で開催し
繰り返し協議した。

【参加者】
・医師・救急隊員・介護施設看護師・病院看護師 (地域連携室、外来、訪問看護)
・MSW・包括 (主任ケアマネ、保健師)

2018/12/9

9

- ▶ 1. 取組みの全体像
- ▶ 2. 課題抽出と目標設定
- ▶ 3. 対応策の展開
- ▶ 4. 成果とまとめ
- ▶ 5. 今後の取組み
- ▶ 6. <参考資料>

2018/12/9

10

2. 課題抽出と目標設定

協議を重ねた結果、様々な課題が明らかになった。



■課題

- 1 「救急医療情報キット」の情報更新
- 2 本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携 ACPについての理解、支援と普及啓発

2018/12/9

11

2. 課題抽出と目標設定

最終目標

『人生の最終段階において
本人の意思を尊重することができる』

最終目標を達成するために・・・

病院・消防署・介護施設・地域の連携のもと地域住民一体と
なって推進していく！

2018/12/9

12

- ▶ 1. 取組みの全体像
- ▶ 2. 課題抽出と目標設定
- ▶ 3. 対応策の展開
- ▶ 4. 成果とまとめ
- ▶ 5. 今後の取組み
- ▶ 6. <参考資料>

2018/12/9

13

3. 対応策の展開



病院内で「地域ケア連絡会 (在宅医療・救急医療連携)」を開催し
課題解決に向けての意見交換

2018/12/9

14

3. 対応策の展開

■課題 1

「救急医療情報キット」の情報更新

対応策 (案)	実施可能性
地域ケア会議での意見交換	○
救急医療情報用紙更新のルール化	○
医療介護事業所職員の支援	○
病院で情報更新の支援	△

2018/12/9

赤字：事例紹介の項目

15

3. 対応策の展開

■課題 2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携 ACPについての理解、支援と普及啓発

対応策 (案)	実施可能性
関係者対象の研修	○
電子カルテにACPのページを追加	○
介護施設内のACP・DNAR対応の充実	○
住民対象の健康講座	○
住民へパンフレット配布	○
医師との連携と参画	△
既存の連携情報提供用紙の点検	○

2018/12/9

赤字：事例紹介の項目

16

3. 対応策の展開

課題1 「救急医療情報キット」の情報更新

・救急医療情報キットとは？

もしもの時に、家族や知人等の連絡先・かかりつけ医・持病・服用薬などの医療情報などを容器に入れて、自宅 (冷蔵庫) に保管しておき、救急時に備えるもの。

救急医療情報キットの配布状況	
人口	3, 194名
75歳以上の総数	901名 (28. 2%)
配布対象者数	312名 (34. 6%)
配布者数	229名 (73. 4%)

平成30年4月現在
(配布対象者：75歳以上で高齢者のみの世帯を単位)

2018/12/9

17

3. 対応策の展開

課題1 「救急医療情報キット」の情報更新

<対応策①>

- ・平成30年6月地域ケア会議で意見交換（参加者21人）
- ・テーマ「救急医療情報キットを有効に活用するために」関係者で効果、課題、解決策を検討し共有した。

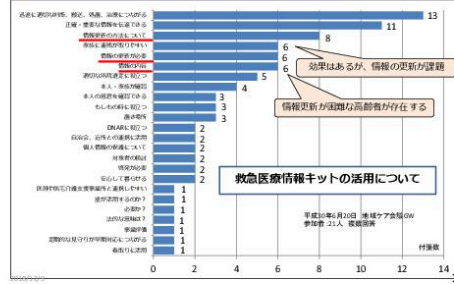


2018/12/9

18

3. 対応策の展開

課題1 「救急医療情報キット」の情報更新



2018/12/9

19

3. 対応策の展開

課題1 「救急医療情報キット」の情報更新

<対応策②>

- ・平成29年度から3年に1回全員定期的な用紙を更新（救急医療情報紙更新のルール化）

<対応策③>

- ・1年に1回訪問し、確認支援（町見守り支援員2人、民生委員20人）
- ・医療介護サービス事業所職員の支援（今後）

正確な医療介護情報が提供できる

健康福祉課の担当職員同士も連携

今後地域ケア会議で検討

2018/12/9

20

3. 対応策の展開

課題2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携ACPIについての理解、支援と普及啓発

<対応策①>

関係者対象の研修会

- 在宅医療・救急医療連携部会で勉強会
- ガイドライン^{*}、パンフレット、ACPI研修会参加報告等
- 医療介護職員に対する研修会の開催（知っている職員は少ない?）
- 定期的に開催しているケアカフェで話し合い

*「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」

厚生労働省 改訂平成30年3月

2018/12/9

21

3. 対応策の展開

課題2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携ACPIについての理解、支援と普及啓発

<対応策②>

- 地域包括ケア病棟入院料の「看取りに対する指針」に反映
- 電子カルテにACPIのページを追加し多職種で連携することにより本人の意思を知り、尊重する（更新作業中だった）

<対応策③>

- 介護施設内のACPI・DNR対応の充実
- 介護施設職員が、本人・家族・医師・看護師、救急隊員と繰り返し相談し、対応するようになった。

2018/12/9

22

3. 対応策の展開

課題2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携ACPIについての理解、支援と普及啓発

<対応策④>

住民対象の健康講座の開催

- 自治会単位で開催する介護予防教室「ばかばか教室」で医師による健康講座を開催（包括）
- 「もしものときの安心手帳」を配布

「もしものときの安心手帳」とは

病気や認知症、事故、加齢などで自らの意思を伝えることができなくなる場合に備えて、医療や介護についての希望や、大切な人に伝えておきたい事を元気なときに書いておく手帳（鳥取県西部医師会作成）



2018/12/9

23

3. 対応策の展開

課題2

本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設・地域間の連携ACPIについての理解、支援と普及啓発

<対応策⑤>

住民へパンフレット配布

- 要支援と事業対象者に配布する介護予防手帳に啓発資料を入れて説明、配布
- ・「もしものときの安心手帳」
- ・「もしものときのために」（厚生労働省HPより）



2018/12/9

24

3. 対応策の展開

▶ 1. 取組みの全体像

▶ 2. 課題抽出と目標設定

▶ 3. 対応策の展開

▶ 4. 成果とまとめ

▶ 5. 今後の取組み

▶ 6. <参考資料>

2018/12/9

25

4. 成果とまとめ

最終目標

『人生の最終段階において本人の意思を尊重することができる』

最終目標を達成するために・・・

病院・消防署・介護施設・地域の連携のもと、地域住民一体となって推進していく！

成果

挙げられた2つの課題を、関係者全員の協働のもとに取組んだことで当初の目標に向かって推進することが出来た。

2018/12/9

26

4. 成果とまとめ

■検討会の開催や関係者の協力体制

- ・地域ケア連絡会（在宅医療・救急医療連携部会）
- ・地域ケア会議 /合計8回（12時間） 延べ70人

- ・民生委員全員（約20名）による個別訪問、用紙の配布や記入支援
- ・町内の見守り支援員（2名）が207人（対象者の90.3%）を個別訪問し記入内容を確認

■全体を通して

病院、消防署、介護施設、地域が目標と課題を共有し、同じ方向を向くことができた。
今までなかった救急隊員との連携ができ、相互理解が深まった。

2018/12/9

27

4. 成果とまとめ

■工夫した点

- 地域ケア連絡会（在宅医療・救急医療連携部会）
 - ・既存の地域ケア会議の部会として新たに設置。職場の理解が得られやすい。
 - ・小さい町で、既に顔が見える関係であり、相談しやすい。
 - ・病院内で開催することにより、医療関係者が参加しやすい。

- 3つの地域ケア会議で連携
 - ・内容に合わせて、参加者が異なる3つの会議の中から、適切な会議で協議する。（全て包括が主催しているため調整が容易）

- 地域ケア会議（全体の会）
 - ・関係者全て案内しても、参加者は30人程度で周知しやすい。

- 小さい町であるための特色
 - ・包括が所属する健康福祉課に、名担当者がいるので連携しやすい。（救急医療情報キット、民生委員、見守り支援員、介護保険）

- 予算
 - ・このための予算はない。既存の会議を利用して、早く取組むことができた。

2018/12/9

28

- ▶ 1. 取組みの全体像
- ▶ 2. 課題抽出と目標設定
- ▶ 3. 対応策の展開
- ▶ 4. 成果とまとめ
- ▶ 5. 今後の取組み
- ▶ 6. <参考資料>

2018/12/9

29

5. 今後の取組み

■救急医療、介護連携を推進

（1）「救急医療情報キット」の情報更新

- ・ケアプランに記載し、関わる医療介護関係者が情報更新支援ができる体制づくりを地域ケア会議で検討

（2）本人の意思を尊重するための病院・消防署・介護施設と地域との連携～ACPについての理解、支援と普及啓発～

- ・医療介護関係者の研修会
- ・電子カルテにACPページを追加し、多職種で共有支援することにより看取り指針を充実させる
- ・住民への普及啓発

（3）地域ケア連絡会（在宅医療・救急医療連携部会）を根拠

- ・この協議体を中心に今後の取組みを推進

2018/12/9

30

- ▶ 1. 取組みの全体像
- ▶ 2. 課題抽出と目標設定
- ▶ 3. 対応策の展開
- ▶ 4. 成果とまとめ
- ▶ 5. 今後の取組み
- ▶ 6. <参考資料>

2018/12/9

31

6. <参考>

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは？

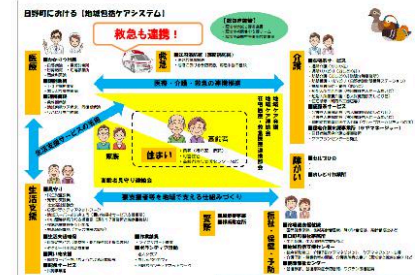
将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、**患者さんの意思決定を支援するプロセス**のことです。
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

・日本医師会「終末期アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」より引用

2018/12/9

32

6. <参考>



2018/12/9

第7期介護保険事業計画(H30～32)

33

ご清聴ありがとうございました



オンドリだいたい約300羽飛来中！
オンドリ観察は鳥取県日野町へ

金運・開運祈願は「金持神社」へ！



2018/12/9

34

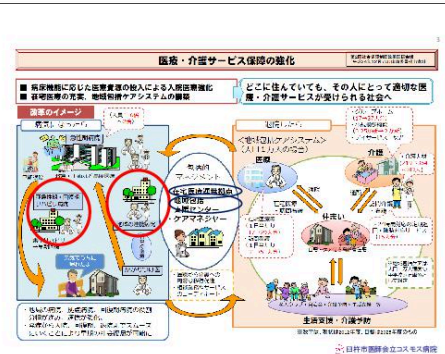
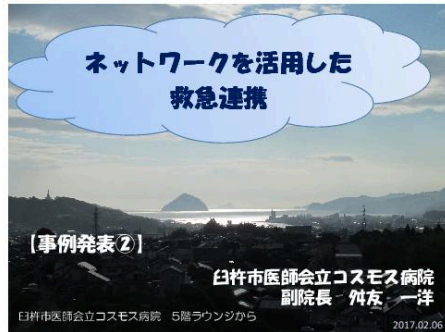
2. 在宅医療・救急医療連携セミナー(第2部)資料

先進事例①:「ネットワークを活用した救急連携」

発表者

ご所属・役職

舩友 一洋様 ・ 臼杵市医師会立コスモス病院 副院長



- ### うすき石仏ねっと 沿革
- 平成15年 3月…医師会地域医療情報ネットワーク実験開始 (検査データ閲覧)
 - 平成18年 6月…医師会情報化協議会設立
 - 平成20年 3月…平成19年度地域診療情報連携推進事業 (画像データ閲覧) = (うすき石仏ねっと稼働)
 - 平成23年 4月…平成23年度画像診断情報ネットワーク体制整備事業
 - 平成24年 4月…うすき石仏ねっと部会 (医師会プロジェクトチーム) 発足
 - うすき石仏ねっと勉強会 (医師会、臼杵市共同)
 - 平成25年 3月…平成24年度在宅医療連携拠点事業 (訪看連携開始)
 - 平成26年10月…調剤薬局連携開始
 - 平成26年12月…福祉施設連携開始 (一部の介護事業所連携開始)
 - 平成27年 4月…「うすき石仏ねっと運営協議会」発足
 - 平成27年 7月…歯科医師連携開始
 - 平成27年10月…消防署連携指令室にて運用開始
 - 平成28年 1月…介護事業所連携開始
 - 平成28年 4月…臼杵市役所保険健康課端末設置
 - 平成28年 7月…健診データ共有開始

参加施設数

稼働数 (同意数) / 総数

医療機関	26 (29) / 32
調剤薬局	15 (17) / 17
歯科医院	18 (18) / 19
福祉施設	6 (6) / 6
訪問看護	2 (3) / 3
介護事業所	20 (21) / 21
公的機関	臼杵消防署 地域包括支援センター 臼杵市役所 大分県中部保健所
市民健康管理センター	

- ### うすき石仏ねっと運営協議会
- 平成27年4月1日より
- 理事 行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会が共同し「うすき石仏ねっと」を運営
- 行政
 - 臼杵市
 - 臼杵市福祉保健部長
 - 臼杵市福祉保健部健康課長
 - 医師会
 - 臼杵市医師会副会長
 - 臼杵市医師会担当理事
 - 臼杵市医師会立コスモス病院院長または副院長
 - 歯科医師会
 - 臼杵歯科医師会会長または副会長
 - 薬剤師会
 - 臼杵薬剤師会会長または副会長
 - 介護施設代表



データ集約統合型データベース

石仏カード(地域共通ID)を用いた情報管理

自施設のID / 地域共通ID / データ更新 / 開業 / 更新

同意者さんの情報

双方向性
同意者による閲覧許可
(共有期限は60日)

石井市立総合医療センター

検査結果参照画面

日 黄色 (92才)

検査項目	検査結果	参考値	検査日時	検査機関
血糖値	112	80-120	2016-03-15	ABC検査センター
血圧	110/70	110/70	2016-03-15	ABC検査センター
コレステロール	180	180	2016-03-15	ABC検査センター
尿酸値	4.5	3.5-7.0	2016-03-15	ABC検査センター
腎臓機能	1.2	0.8-1.2	2016-03-15	ABC検査センター
肝臓機能	25	0-40	2016-03-15	ABC検査センター
赤血球数	450	400-500	2016-03-15	ABC検査センター
白血球数	8000	4000-10000	2016-03-15	ABC検査センター
血小板数	150000	100000-400000	2016-03-15	ABC検査センター

異なる医療機関の検査結果も時系列で表示
健診データも!

電子化お薬手帳

薬歴情報表示

- ダブルクリックお薬情報
- 処方箋だけでなく、連判薬も表示

消防署通信指令室 閲覧画面

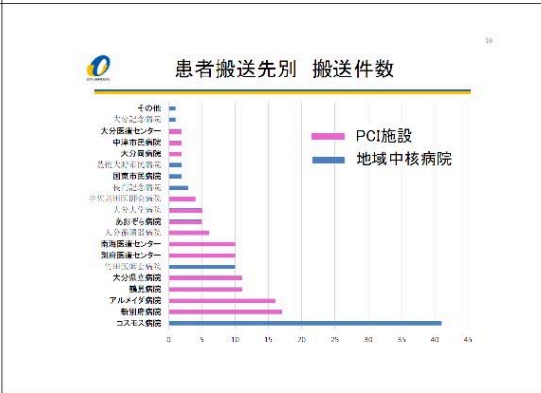
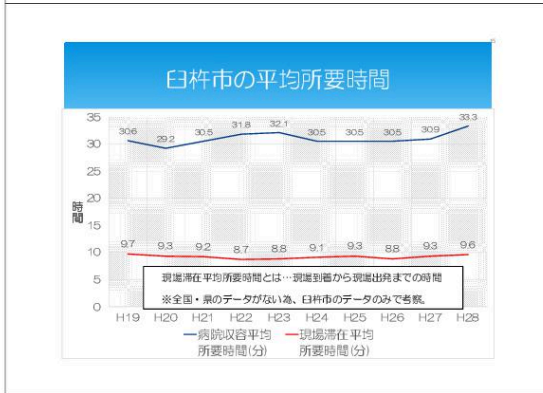
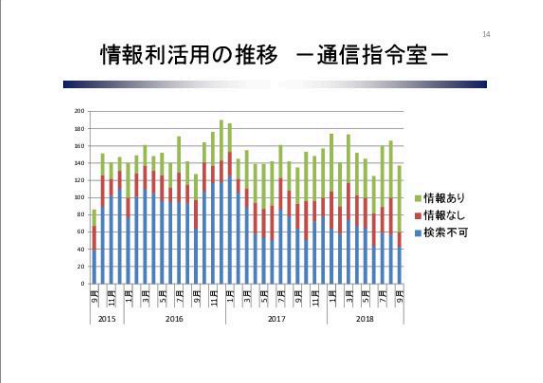
調剤情報より自動判定

処方情報 / 処方内容 / 処方薬剤 / 処方薬剤名 / 処方薬剤量 / 処方薬剤単位 / 処方薬剤剤形 / 処方薬剤剤色 / 処方薬剤剤味 / 処方薬剤剤臭 / 処方薬剤剤触 / 処方薬剤剤味 / 処方薬剤剤臭 / 処方薬剤剤触

ケアマネ連携 緊急時連携シート

緊急時連携シート

患者情報 / 介護情報 / 医療情報 / 連携情報



Zコアメンバーの変遷

24年度: 医師 連携室 CM/NS

25年度: 医師 連携室 CM/NS 包絡

26年度: 医師 連携室 CM/NS 包絡 リハビリ 看護師

27年度: 医師 連携室 CM/NS 包絡 リハビリ 看護師

28年度: 医師 連携室 CM/NS 包絡 リハビリ 看護師 副所長 保健所 高齢者支援 リハビリ 包絡 高齢者支援 保険健康 医療福祉 情報 医療福祉 国庫まちづくり

厚生労働省 大分県(地域医療再生基金?) 臼杵市から委託

プロジェクトZ -在宅医療連携-

臼杵市Z会議 -在宅医療・介護・福祉連携-

老いても、病んでも自分らしく暮らせる地域作りを
在宅医療介護連携推進事業

白杵市 Z会議

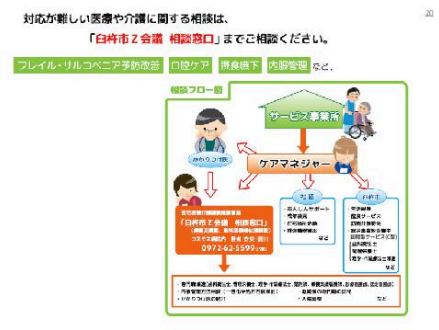
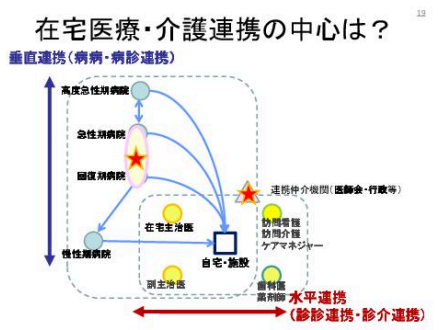
自分らしい生き方を選択しましょう

生きる
活きる
逝ききる

市民啓発 医療介護従事者の合同研修

地域の課題解決
・内服管理や処方の課題
・低栄養（フレイル）の予防
・口腔ケア啓発による肺炎予防

ACP（アドバンスケアプランニング）



訪問看護、外来、療養支援室会議

【目的】

- ・ 終末期患者の情報共有
- ・ 3部門の連携強化
- ・ 困りごとの共有

毎週金曜日 午後開催

病棟 療養 訪問

3部門連携シート

日	病棟	療養	訪問	急病時 要時対応
12/30
12/31

12/30退院。本人は急変時救急搬送も拒否している。緩和治療も拒否しており自宅で最期を迎える事を希望しているが呼吸苦出現時は訪看より連絡あり受診の可能性もある。

12/30～1/9までは吉田Drが看取り。1/9～1/17までは訪看→外来→濱中Dr連絡

消防署通信指令室 閲覧画面

DNAR
ACP
看取り希望

まとめ

- ・ 市長・医師会長などトップと方向性共有「ほつとさん」
- ・ 各方面のリーダーが手を組んで取り組む
- ・ キーパーソンの存在
- ・ 地元愛

ヒューマンネットワークと
ICTネットワークを
活かしたまちづくり

石仏があなたを守って下さる

住み心地一番のまち 白杵市

ご清聴ありがとうございました

先進事例②:「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(八高連:はちこうれん)について」

発表者

田中 裕之様

ご所属・役職

・八王子高齢者救急医療体制広域連絡会 会長
・医療法人 永寿会 陵北病院 院長

厚生労働省委託事業
「平成30年度 在宅医療・救急医療連携セミナー」
平成31年2月3日(日) @ビジョンセンター 旗本町

【事例発表②】

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会
(八高連:はちこうれん)

医療法人永寿会 陵北病院
院長 田中裕之

はじめに ～市町村/回体のご紹介～

八王子市
HACHIOJI CITY



人口 562,036人
高齢化率 26.29%
ベッドタウン・学園都市
森林面積46%(高尾山)

八高連構成機関(20機関、1753会員)

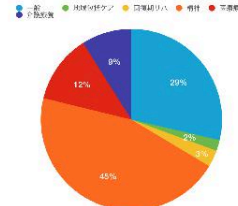
- 1)八王子市救急業務連絡協議会(14医療機関 院長)
- 2)救急センター-救急センター(2大学病院 センター一長)
- 3)介護療養型医療施設(6医療機関 院長)
- 4)医療連携協議会(10医療機関 院長)
- 5)八王子消防長会(67消防 消防長)
- 6)八王子社会福祉法人代表者会(10施設 施設長)
- 7)八王子特定支援推進委員会(2有料老人施設 施設長)
- 8)精神科病院(1医療機関 院長)
- 9)八王子介護支援専門員事業所連絡協議会
- 10)八王子介護福祉サービス事業所連絡協議会
- 11)八王子地域包括支援センター(高齢者あんしん相談センター15圏域 センター一長)
- 12)八王子市医師会(医師会長)
- 13)八王子市町会・自治会連合会(14八王子市)
- 15)八王子消防署
- 16)八王子市高齢者(17)
- 18)八王子市救急医療協議会(18)
- 19)八王子市民生委員児童委員協議会(20)
- 八王子市社会福祉協議会

はじめに ～市町村/回体のご紹介～

八王子市内の病床数、分類

一般病床	2,647
地域包括ケア	179
回復期リハ	277
精神	4,182
医療療養	1,129
介護療養	828

計 9242床



3次救急医療機関

東京医科大学八王子医療センター

2次医療機関

- 1 東海大学医学部付属八王子病院
- 2 右田病院
- 3 仁和総合病院
- 4 南多摩病院
- 5 井倉記念病院
- 6 野塚町麻生外科病院
- 7 北原国際病院
- 8 みなみ野循環器病院

1. 在宅と病院の連携に取組んだ背景ときっかけ

平成22年 八王子市内における救急搬送状況

22,936例につき調査

- ・現場活動時間が20分以上
自宅 49%
施設 43%
- ・医療機関選定困難事案287例の検討
高齢者37% > アルコール12% > 精神7% > 常習6%
- ・高齢者における救急活動時間(出場～医師引継)
平成20年 49分27秒
平成21年 50分50秒
平成22年 54分27秒(都内平均50分30秒)

1. 在宅と病院の連携に取組んだ背景ときっかけ

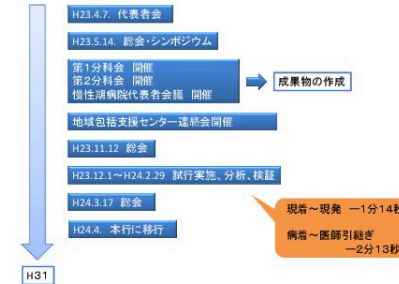


八王子市救急業務連絡協議会において、高齢者に特化した救急医療体制の充実を求める意見が出され、多くの賛同を得る。子会として八高連を創設するに至る。

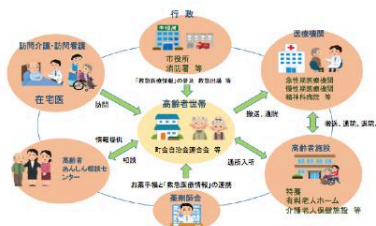
医師会、行政を通じてオール八王子体制で臨むべく声掛けを行う

八王子市内の高齢者医療の急性期医療の確保受け入れ体制の確立、慢性期医療、介護施設等の連携強化を図り、病院指定診療事業を減少させ、八王子市内医療機関に集中することを目的に平成23年4月八王子市救急業務連絡協議会の中の専門分科会として設置

～取組概要スケジュール～



～取組概要詳細～



ツール(成果物)
八高連審議結果
救急医療情報シート
療養型医療機関における受け入れ可能疾患一覧表

2. 在宅と病院の連携の取組初期の対応

八高連の初期の活動～分科会

・分科会の開催(平成23年7月～10月)

- ・第1分科会 急性期の入口問題 2回
- ・第2分科会 急性期の出口問題 2回
- ・療養型病院の代表者会議 3回
- ・その他 翌年までに合計27回会合を持つ
 - 率直な意見交換を心掛け(敵の見える関係)
 - 成果物の作成

・参加機関・回体

- 3次救急病院代表、2次救急病院代表、慢性期病院代表、精神科病院代表、在宅医代表、特別養護老人ホーム代表
- 八王子市(地域包括担当主幹、地域医療推進課長)、八王子市消防署長、町会自治会連合会長
- 地域包括支援センターセンター長

・メンバー

- いずれも各機関の管理者レベル
- トッグダウン、継続性のため

3. 協議体での課題抽出と目標設定

第一分科会(入口問題)

- かかりつけ医がいるのにも関わらずなぜ救急車を呼ぶのか?
- 連携問題:
- ・施設から直接連絡しても受け入れてもらえない場合があり、仕方なく救急要請に至る
 - ・もともと施設の協力病院が緊急時に対応できない
 - ・かかりつけ医が一人で24時間電話を取ることは難しい
 - ・慢性期病院は夜間、休日の受け入れが困難
- 救急病院が迅速に受け入れられないのは?
- 家族連絡:
- ・家族の有無や連絡先が分かりにくい
 - ・付き添いの有無が問題になることがある
- 情報不足:
- ・普段の医療情報が分からない
 - ・高齢者が病状を伝えられない
 - ・施設でのショートステイでは情報把握が困難
 - ・緊急時の医療処置内容の検討がなされていない(リビングウィル)

3. 協議体での課題抽出と目標設定

第二分科会(出口問題)

なぜ素早く慢性期、施設、在宅に移れないのか？

在宅（施設）への退院が困難となる理由

- 高齢患者は以前のADLに回復しないことが多い
- 吸引、経管栄養、カテーテルなどがあると受け入れ困難

連携問題

- 慢性期病院と患者とのマッチングがうまくいかない（医療面、福祉面、制度面、金銭面など）
- 慢性期病院はベッドを空けておくことが難しい
- 慢性期、施設に送るにあたり、申請用紙の書式が違う

介護申請

- 介護認定に時間がかかる（割定プランは現実的ではない）
- 慢性期病院にはケアマネジャーが少ない

3. 協議体での課題抽出と目標設定

療養型病床を所有する病院の代表者会議

- 療養型と言っても機能として一括りにはできない
- 日中、可能な限り慢性期でも受け入れる努力が必要
- 急性期で安定した患者は速やかに引き継ぐ方針に
- 終末期の在り方に関する研修会が必要である

↓

療養病院ごとの医療処置能力・特徴を明らかに

3. 協議体での課題抽出と目標設定

成果物



3. 協議体での課題抽出と目標設定

八高連携結果

在宅：緊急時につき家族で話し合い、かかりつけ医と相談し救急情報シートを作成し冷蔵庫ドアに貼る

施設：緊急時の医療処置につき事前に話し合う。家族への連絡体制を確立。救急情報シートの作成と運用に関する職員教育

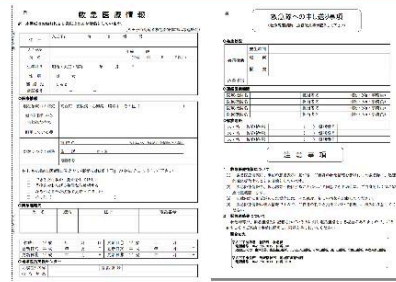
救急隊：救急情報シートを活用した迅速な救急搬送を図る。近隣の救急隊への八高連の取り組みの周知

急性期：家族の付き添いの有無や、家族への連絡済みであるか否かを問わず迅速に受け入れ体制を確保する

慢性期：急性期以降の迅速な受け入れ。かかりつけ患者の日中の受入。終末期医療に関する研修会の開催。

行政：介護認定の迅速化、代理申請の周知、地域包括支援センターとの連携の充実、民生委員との連携の充実。

4. 在宅と病院の連携の対応策の展開



4. 在宅と病院の連携の対応策の展開

救急情報シート配布状況

平成23年 八高連傘国施設へ配布
 平成24年 28万枚配布
 平成27年 カラー版1万枚（市内配布物コーナー）その後増刷しつつ配布

→ ただ配布するのは効果が少ない。説明と共に配布することが大切

事前指示

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

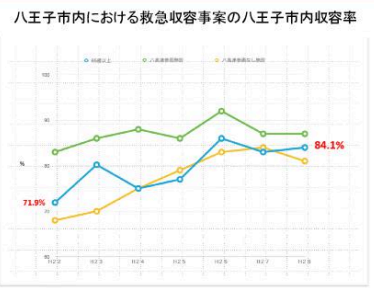
- できるが飲めず、経口薬は難しい
- 治療をやらねばならない
- なるべく自然な経過で進んでほしい
- その他

もしもの時について家庭、施設で考えるきっかけとして現在のところトリアージには影響しない

5. 在宅と病院の連携の成果（救急搬送の成果含む）



5. 在宅と病院の連携の成果（救急搬送の成果含む）



6. 今後について

八高連による地域包括ケアシステムの下支え

- 八高連活動の深化
 - 市民への更なる普及
 - 八高連組織内の定期的な情報の共有
 - 警察組織との連携
- ACPの標準化
- 病院救急車の有効活用
- 災害時における八高連の役割の明確化

3. 急病を中心とする救急搬送に関するアンケート調査 調査票

平成31年1月

厚生労働省 医政局 委託事業
 「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」

急病を中心とする救急搬送に関するアンケート調査 (WEB)

【本調査の目的】
 医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備が求められています。
 高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送は増加の一途を辿っている中で、在宅で最期まで療養することを希望する患者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わない救急搬送が増加することが懸念されており、地域において、患者の病状や希望する療養場所、延命治療に対する希望等、患者の意思を共有するための関係機関間の連携体制の構築が喫緊の課題となっています。
 そのため、**急病の患者を搬送し、在宅医療と救急医療に関わりのある消防署を管轄する消防本部において、各地域における搬送における課題にどのようなものがあるかを抽出することを目的として、本調査を実施**します。

【本調査の対象】
 全国の消防本部

【ご回答にあたりまして】
 ご記入にあたっては、消防署における急病を中心とする救急搬送の現状を把握している部署の方が記入してください。

【回答期限】
2月6日(水)までに 回答してください

【調査票の取扱いに関しまして】
 ご回答いただきました内容につきましては、次のように取扱います。
 ・ 調査結果については取りまとめを行い、厚生労働省に提出させていただきます。
 ・ 調査への拒否があっても、そのことで不利益が生じることは一切ございません。

■本調査に関する問合せ先
 〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル5階
 株式会社日本能率協会総合研究所 福祉・医療政策支援部
 担当: 笠原(かさらは)、岡田(おかだ)、政岡(まさおか)、川村(かわむら)
 TEL: (フリーダイヤル)0120-304-603(平日 10:00~17:00) FAX: 03-3432-1837

■本事業の趣旨等に関する問合せ先
 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎第5号館
 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室
 担当: 楢山(なぎやま)
 TEL: 03-5253-1111(内線2662)

<貴消防本部について伺います>

問1. 貴消防本部に関するデータを教えてください。(平成30年4月1日現在の数)
 ※平成30年4月1日時点のデータが入手不可である場合は直近の最新データでも可

区分	平成30年4月1日現在の数
1.救急業務実施市町村数	()市町村
1-1.うち事務委託方式を取る市町村数	()市町村
1-2.うち一部事務組合方式を取る市町村数	()市町村
2.救急業務未実施町村数	()町村
3.救急隊数	()
3-1.うち救急救命士運用隊数	()
4.救急隊員総数	()人

問2. 貴消防本部における、平成29年(1月~12月)の救急出動件数・搬送件数をそれぞれの項目ごとに教えてください。

区分	平成29年1年間の数
1.救急出動件数	()件
1-1.うち救急自動車による出動件数	()件
1-2.うち転院搬送件数	()件
2.救急搬送件数	()件
2-1.うち救急自動車による搬送件数	()件

問3. 貴消防本部における、平成29年(1月~12月)における事故種別の“急病”における救急搬送件数を、事故発生場所別、疾病程度別にそれぞれ教えてください。

<急病>

事故発生場所	死亡	重症 (長期入院)	中等症 (入院診療)	軽症 (外来診療)	その他
1.住宅	()人	()人	()人	()人	()人
2.公衆出入場所	()人	()人	()人	()人	()人
2-1.うち老人ホーム	()人	()人	()人	()人	()人

<“急病”かつ“高齢者(60歳以上)”>

事故発生場所	死亡	重症 (長期入院)	中等症 (入院診療)	軽症 (外来診療)	その他
1.住宅	()人	()人	()人	()人	()人
2.公衆出入場所	()人	()人	()人	()人	()人
2-1.うち老人ホーム	()人	()人	()人	()人	()人

2

問4. 貴消防本部の管轄区域（市町村）では、自治体や医師会等が主催の、在宅医療・救急医療の連携について協議をする場（検討会等）はありますか。（最もあてはまるもの1つに○）

1. ある⇒問4-1へ
2. ない⇒問5へ
3. わからない⇒問5へ

【問4で1.を選択した方】

問4-1. 消防としてその協議の場に参加していますか（最もあてはまるもの1つに○）

1. 構成員として参加している
2. 構成員ではないが、参考人（オブザーバー）等で参加したことがある
3. 参加していない
4. わからない

【問4で1.を選択した方】

問4-2. その協議の場（検討会等）にはどのような人が参加していますか。（あてはまるものいくつでも○）

- | | | |
|------------|-----------------|-----------------|
| 1.病院関係者 | 5.訪問看護関連施設関係者 | 9.自治体の介護関連部署関係者 |
| 2.医師会関係者 | 6.介護事業者関係者 | 10.他の市区町村関係者 |
| 3.歯科医師会関係者 | 7.社会福祉協議会関係者 | 11.その他（ ） |
| 4.薬剤師会関係者 | 8.自治体の医療関連部署関係者 | |

【問4で1.を選択した方】

問4-3. どのような内容を検討しているか、教えてください。（あてはまるものいくつでも○）

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1.病院と病院の連携について | 9.患者の意思を事前に確認する取組について |
| 2.病院と診療所の連携について | 10.医療職や介護職への啓発について |
| 3.診療所と診療所の連携について | 11.救急隊員等への啓発について |
| 4.多職種連携について | 12.患者情報共有の方法について |
| 5.在宅（患者自宅）療養中の患者の搬送について | 13.災害医療について |
| 6.老人ホームからの搬送について | 14.地域資源（医療資源、介護資源）について |
| 7.代替搬送手段の検討について | 15.地域資源（救急搬送関連の資源）について |
| 8.患者情報共有の方法について | 16.その他（ ） |

<貴消防本部の管轄する地域の在宅医療・救急医療連携について伺います>

問5. 貴消防本部の管轄区域（市町村）では、事故発生場所が在宅（患者自宅）、かつ事故種別が“急病”の高齢者の搬送件数は増えていますか。（最もあてはまるもの1つに○）

1. 増えている
2. 以前と変わらない
3. 減っている

問6. 貴消防本部の管轄区域（市町村）では、事故発生場所が老人ホーム、かつ事故種別が“急病”の高齢者の搬送件数は増えていますか。（最もあてはまるもの1つに○）

1. 増えている
2. 以前と変わらない
3. 減っている

【問5で1.および問6で1.を選択した方】

問6-1. 貴消防本部の管轄区域（市町村）では、在宅（患者自宅）療養中の高齢者の患者の搬送件数の増加と、老人ホームに入居する患者の搬送件数の増加、どちらが喫緊で解決すべき問題ですか（どちらかに○）

1. 在宅（患者自宅）療養中の高齢者の患者の搬送件数の増加
2. 老人ホームに入居する患者の搬送件数の増加

3

問7. 貴消防本部の管轄区域（市町村）では、在宅（患者自宅）療養中の高齢者や、老人ホームに入居する患者の情報を、救急搬送時に消防隊員が確認できる仕組みはありますか。（最もあてはまるもの1つに○）

1. 患者によるが、管轄の全ての地域で確認できる⇒問7-1へ
2. 管轄の一部の地域でしか確認できない⇒問7-1へ
3. 管轄のどの地域でも確認できない⇒問8へ

【問7で1.2.を選択した方】

問7-1. 共有されている患者情報を、どのような媒体で確認しているか、詳しく教えてください。（あてはまるものいくつでも○）

1. ICTツールを使用して確認している
2. 患者情報等が記載されている用紙（現物）で確認している
3. その他（ ）

【問7-1で1.2.3.を選択した方】

問7-1-1. 共有されている患者情報について、誰が記載（入力）しているか教えてください。（あてはまるものいくつでも○）

※ 患者情報連携の媒体が複数ある場合は、最もよく使用されている媒体の内容についてご回答ください

1. 患者本人・患者家族
2. 医療職
3. 介護職
4. 消防（救急隊等）
5. その他（ ）
6. わからない

【問7で1.2.を選択した方】

問7-2. どのような情報が確認できるかについて教えてください。（あてはまるものすべてにチェック）

※ 患者情報連携の媒体が複数ある場合は、最もよく使用されている媒体の内容についてご回答ください

<患者情報記入者（入力者）の情報> <患者情報記載日等の情報>

- | | |
|----------|----------|
| 1.姓名 | 1.情報記載日 |
| 2.所属先 | 2.情報更新日 |
| 3.職制 | 3.その他（ ） |
| 4.連絡先 | |
| 5.その他（ ） | |

<患者本人の情報>

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1.姓名や性別など | 7.要介護度 |
| 2.緊急連絡先、家族情報等 | 8.既往症、病歴、治療経過等 |
| 3.キーパーソン | 9.処方薬 |
| 4.かかりつけ医師、看護師等情報 | 10.アレルギー |
| 5.認知症有無 | 11.治療等に関する患者本人の意思 |
| 6.障害有無 | 12.その他（ ） |

4

【問7で1.2.を選択した方】

問7-3. 救急隊員が救急搬送時に患者情報を確認できることで、何らかのメリットがあるかについて教えてください。(あてはまるものいくつかでも○)

1. メリットがある⇒問7-3-1へ
2. メリットはない⇒問8へ
3. わからない⇒問8へ

【問7-3で1.を選択した方】

問7-3-1. 救急隊員が救急搬送時に患者情報を確認できることのメリットについて、どのようなものがあるか教えてください。(あてはまるものいくつかでも○)

1. 搬送時の病院間い合わせの回数が減少した
2. 病院収容所要時間が減少した
3. 搬送中の所要時間(現着～車内収容)が減少した
4. 搬送中の所要時間(車内収容～現発)が減少した
5. 搬送中の所要時間(現発～病院到着)が減少した
6. 搬送中の所要時間(病院到着～引継ぎ)が減少した
7. その他()

問8. 貴消防本部として、急病の高齢者を救急搬送する際、救急隊員として確認できることが望ましいと考える情報を教えてください。(あてはまるものすべてにチェック)

<患者情報記入者(入力者)の情報> <患者情報記載日等の情報>

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 姓名 | 1. 情報記載日 |
| 2. 所属先 | 2. 情報更新日 |
| 3. 職制 | 3. その他() |
| 4. 連絡先 | |
| 5. その他() | |

<患者本人の情報>

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 姓名や性別など | 7. 要介護度 |
| 2. 緊急連絡先、家族情報等 | 8. 既往症、病歴、治療経過等 |
| 3. 〒バーコード | 9. 処方薬 |
| 4. かかりつけ医師、看護師等情報 | 10. アレルギー |
| 5. 認知症有無 | 11. 治療等に関する患者本人の意思 |
| 6. 障害有無 | 12. その他() |

問9. 貴消防本部の管轄区域(市町村)における、在宅(患者自宅)からの高齢者の患者搬送についての現在の課題を教えてください。(あてはまるものいくつかでも○)

1. 軽症等々の搬送が多い
2. 延命処置を望まない疾病者の搬送が増加している
3. かかりつけ医師や看護師に連絡がつかないケースが多い
4. 入手できる患者情報が最新のものに更新されず、参考にならない
5. 治療等に関する患者本人の意思とその他(家族、医師等)の意見が異なる
6. 患者の既往症・アレルギー等の医療情報の確認ができないケースが多い
7. 患者の〒・バーコード、DNAR意思等の社会的情報の確認ができないケースが多い
8. その他()

問10. 貴消防本部の管轄区域(市町村)における、老人ホームに入居する患者の搬送についての現在の課題を教えてください。(あてはまるものいくつかでも○)

1. 軽症等々の搬送が多い
2. 延命処置を望まない疾病者の搬送が増加している
3. かかりつけ医師や看護師に連絡がつかないケースが多い
4. 入手できる患者情報が最新のものに更新されず、参考にならない
5. 治療等に関する患者本人の意思とその他(家族、老人ホーム職員、医師等)の意見が異なる
6. 老人ホーム職員が患者の既往症・アレルギー等の医療情報を把握していないケースが多い
7. 老人ホーム職員が患者の〒・バーコード、DNAR意思等の社会的情報の確認していないケースが多い
8. 老人ホーム職員が救急発生状況について病院に説明できないケースが多い
9. 老人ホーム職員が救急車に同乗できないケースが多い
10. 老人ホームが病院照会を済ませておらず、救急隊が行うケースが多い
11. その他()

<患者の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組について伺います>

問11. 貴消防本部の管轄区域(市町村)では、在宅(患者自宅)療養中の高齢者や、老人ホームに入居する患者の病状が急変した際に、患者本人の意思に沿わない救急搬送を行わないために、普段から何らかの取組を行っていますか。(あてはまるものいくつかでも○)

1. 患者の情報を共有する媒体(ICTの患者情報共有ツール、患者情報等が記載されている用紙等)に患者の意思を確認する項目を盛り込み、情報入手している
2. 患者が、自らが受ける「人生の最終段階における医療・ケア」について考えるための働きかけをおこなっている
3. 患者家族が、患者が受ける「人生の最終段階における医療・ケア」について考えるための働きかけをおこなっている
4. その他()
5. わからない

問12. 貴消防本部の管轄区域(市町村)では、救急搬送される前に患者の意思を事前に確認する取組についての協議の場(検討会等)はありますか。(最もあてはまるもの1つに○)

1. ある⇒問12-1へ
2. ない⇒アンケート終了
3. わからない⇒アンケート終了

【問12で1.を選択した方】

問12-1. 消防として当該協議の場に参加していますか(最もあてはまるもの1つに○)

1. 構成員として参加している
2. 構成員ではないが、参考人(オブザーバー)等で参加したことがある
3. 参加していない

【問12で1.を選択した方】

問12-2. 当該協議の場(検討会等)にはどのような人が参加していますか。(あてはまるものいくつかでも○)

- | | | |
|-------------|----------------|---------------|
| 1. 病院関係者 | 5. 訪問看護関連施設関係者 | 9. 自治体の介護関連部署 |
| 2. 医師関係者 | 6. 介護事業者関係者 | 10. 他の市区町村関係者 |
| 3. 歯科医師会関係者 | 7. 社会福祉協議会関係者 | 11. その他() |
| 4. 薬剤師会関係者 | 8. 自治体の医療関連部署 | |

【問12で1.を選択した方】

問12-3. 検討の内容を具体的に教えてください。(あてはまるものいくつかでも○)

1. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方の検討
2. 患者本人の意思の確認方法・手法の検討
3. 医療職・介護職への普及・啓発の検討
4. 患者・患者家族への普及・啓発の検討
5. その他()

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省 医政局 委託事業

平成 30 年度 在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業 報告書

平成 31 年 3 月発行

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 2 2 号 TEL:03(3578)7135 FAX:03(3432)1837
